



**Universidade de Aveiro**  
**2008**

Secção Autónoma de Ciências da Saúde

**João Paulo de Almeida  
Tavares**

**Em Direcção à Conceptualização dos Cuidados  
Continuados de Enfermagem**



**João Paulo de Almeida  
Tavares**

**Em Direcção à Conceptualização dos Cuidados  
Continuados de Enfermagem**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, sob a orientação científica da Professora Doutora Alcione Leite da Silva, Professora Associada Convidada da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho à minha mãe, Maria Cardoso e aos meus irmãos, Wilson, Alberto, Valter, Carolina e Catarina.

## **O júri**

Presidente

**Professora Doutora Alcione Leite da Silva (Orientadora)**

Professora Associada Convidada da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

**Professora. Doutora Maria Isabel Gomes Sousa Lage**

Professora Coordenadora sem Agregação da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Braga (arguente principal)

**Professora Doutora Assunção das Dores Laranjeira de Almeida**

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

## **Agradecimentos**

À Professora orientadora, Professora Doutora Alcione Leite da Silva, pela sua disponibilidade incondicional, pela sua força motivadora, positividade e entusiasmo. Agradeço ainda, o investimento e o acreditar em mim e neste trabalho.

Aos meus amigos, o carinho, a atenção e o afecto que me demonstraram.

A todos os(as) enfermeiros(as) que participaram neste estudo, a sua disponibilidade e entrega na colheita dos dados.

À Luísa Soares, Sara Soares e Ana Godinho, a imprescindível ajuda na transcrição das entrevistas

Ao Professor Doutor Pedro Custódio, o contributo e revisão final da dissertação.

## **Palavras-chave**

Cuidados Continuados de Enfermagem; Cuidados Continuados Integrados; Cuidar/cuidado; Pessoa idosa.

## **Resumo**

A recente implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados representa um novo contexto para o cuidado de enfermagem às pessoas idosas. Por ter sido implementada em Portugal, em 2006, são raros os estudos nesta área. Tendo presente esta realidade, desenvolvi este estudo, que teve por objectivo caminhar em direcção à conceptualização dos Cuidados Continuados de Enfermagem (CCE) a pessoas idosas, no contexto de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCC) da região centro do país. O estudo foi realizado com base na abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo. Participaram destes estudo treze enfermeiros(as), seis do sexo masculino e sete do sexo feminino. Os dados qualitativos foram recolhidos através de entrevista semi-estruturada e registados em gravação áudio, com a permissão dos(as) participantes. A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo hermenêutica-dialética, com o apoio do programa de investigação qualitativa QSR Nvivo. A partir desta análise, foi possível conceptualizar os Cuidados Continuados de Enfermagem, evidenciando a sua definição conceptual, o seu objectivo geral e específicos e os seus pressupostos. Este processo de conceptualização está em fase inicial de construção, tal como a própria Filosofia da Rede. No entanto, já evidencia a complexidade e dinamicidade dos CCE, bem como a sua sinergia com as concepções da Rede, o que é fundamental para o sucesso de ambos. Com este estudo, espero contribuir para melhorar a qualidade dos CCE às pessoas idosas nas UCC e estimular novos estudos para avançar e aprimorar as bases conceptuais aqui desenvolvidas.

**Keywords**

Continuing Nursing Care; Integrated Continuing Care; Care/Caring; Elderly.

**Abstract**

The recent implementation of the National Integrated Continuing Care Network constitutes a new approach to nursing care for the elderly in Portugal. This network was established in 2006 and, therefore, research in this field is still scant. The main objective of this study is to contribute to a better conceptualization of Continuing Nursing Care for the elderly within an Integrated Continuing Care Unit in Portugal's central region. This is a descriptive-exploratory study of a qualitative nature. A total of thirteen nurses took part in the study (six men and seven women), and the data were collected through semi-structured interviews which were audio-recorded with the participants' consent. Data were analysed using a hermeneutic-dialectic approach with the aid of the QSR Nvivo software application. It was thus possible to conceptualize the Continuing Nursing Care, demonstrating their conceptual definition, general and specific objectives and presuppositions. Both this conceptualization process and the philosophy of the Network itself are at a very early stage of development. Nevertheless, the complex dynamics of Continuing Nursing Care as well as its synergy with the whole Continuing Care Network are already clearly visible, and these factors are essential for their success. This study aims to improve the quality of continuing nursing care for the elderly in continuing care units and to encourage new research in and a further development of the concepts proposed in this paper.





## SIGLAS

CCE - Cuidados Continuados de Enfermagem

DGS – Direcção-Geral da Saúde

MS - Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuado Integrados

SNS - Sistema Nacional de Saúde

UCC - Unidades de Cuidados Continuados

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

## ÍNDICE

	Pág.
Índice.....	8
Índice de figuras.....	10
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>I PARTE – FASE CONCEPTUAL</b>	
<b>CAPÍTULO 1 - REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE: A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....</b>	<b>13</b>
1.1. DOS CUIDADOS CONTINUADOS AOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....	14
1.2. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....	14
1.3. CUIDAR E REABILITAR: O PARADIGMA DOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....	17
<b>CAPÍTULO 2 – O CUIDAR/CUIDADO EM ENFERMAGEM.....</b>	<b>19</b>
2.1.O CUIDAR/CUIDADO EM ENFERMAGEM: ABORDAGENS TEÓRICO-CONCEPTUAIS.....	19
2.2.O CUIDAR/CUIDADO EM ENFERMAGEM: DIMENSÕES INTEGRANTES....	21
2.3. O CUIDAR/CUIDADO EM ENFERMAGEM ÀS PESSOAS IDOSAS.....	23
<b>CAPÍTULO 3 – DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....</b>	<b>29</b>
3.1. QUESTÕES DO ESTUDO.....	29
3.2. OBJECTIVO CENTRAL E ESPECÍFICOS.....	29
<b>II PARTE – FASE METODOLÓGICA</b>	
<b>CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA.....</b>	<b>31</b>
4.1. CONTEXTO.....	31
4.2. PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	32
4.3. RECOLHA DOS DADOS.....	32
4.4. ANÁLISE DOS DADOS.....	33
4.5. QUESTÕES ÉTICAS.....	34
4.6. RIGOR DO ESTUDO.....	35
<b>III PARTE – FASE EMPÍRICA</b>	
<b>CAPÍTULO 5 – RESULTADOS DO ESTUDO.....</b>	<b>36</b>

5.1. CARACTERIZAÇÃO DOS(AS) PARTICIPANTES.....	36
5.2. CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: CONCEPÇÕES DE ENFERMEIROS(AS).....	37
5.3. CUIDADO CONTINUADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA: VISÃO DE ENFERMEIROS(AS).....	39
<b>5.3.1. Cuidados Continuados de Enfermagem à pessoa idosa:     objectivo central e específicos.....</b>	<b>40</b>
5.4 – CUIDADOS CONTINUADOS DE ENFERMAGEM: DIMENSÕES INTEGRANTES.....	47
<b>5.4.1. Dimensão cognitiva.....</b>	<b>47</b>
<b>5.4.2. Dimensão afectiva/expressiva.....</b>	<b>49</b>
<b>5.4.3. Dimensão instrumental/técnica.....</b>	<b>53</b>
5.5. BARREIRAS E SOLUÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE ENFERMAGEM .....	55
<b>CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO.....</b>	<b>61</b>
6.1. CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: CONCEPÇÕES DE ENFERMEIROS(AS).....	61
6.2. CUIDADOS CONTINUADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA: VISÃO DE ENFERMEIROS(AS).....	62
<b>6.2.1. Cuidados Continuados de Enfermagem à pessoa idosa:     objectivo central e específicos.....</b>	<b>63</b>
6.3. CUIDADO CONTINUADO DE ENFERMAGEM: DIMENSÕES INTEGRANTES.....	67
6.4. BARREIRAS E SOLUÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE ENFERMAGEM.....	72
6.5. EM DIRECÇÃO A UMA SÍNTESE DAS BASES CONCEPTUAIS DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE ENFERMAGEM.....	74
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE I - Tipologias de internamento na Rede de Cuidados Continuados Integrados	
APÊNDICE II - Guião da Entrevista ao(à) enfermeiro(a)	
APÊNDICE III – Termo de consentimento livre e esclarecido	
APÊNDICE IV – Caracterização dos(as) participantes	

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Esquema representativo dos Cuidados Continuados de Enfermagem.....	75
Figura 2 – Esquema representativo dos Cuidados Continuados de Enfermagem.....	76

## INTRODUÇÃO

Em 2005 foi iniciado em Portugal umas das mais importantes reformas do Sistema Nacional de Saúde (SNS), que culminou com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI, em 2006, no âmbito do Ministério da Saúde - MS e do Trabalho e da Solidariedade Social. A Rede tem como objectivo o estabelecimento de estratégias e intervenções adequadas para a constituição de um novo espaço de cuidado, que contribua para dar respostas coerentes às pessoas que necessitam não só de cuidado de saúde, como também de apoio social. As insuficientes respostas nesta área, o perfil demográfico da sociedade portuguesa, caracterizado por um crescente envelhecimento populacional e as características epidemiológicas, como tal a emergência dos “novos doentes” (pessoas mais envelhecidas, com patologias crónicas que tendem para a incapacidade, para a evolução prolongada e a dependência) requeriam uma resposta urgente. Tendo este cenário como pano de fundo e a necessidade da criação de uma resposta com maior integração, especificidade, articulação e diferenciação em relação ao cuidado às pessoas idosas, é que surge a RNCCI.

A filosofia adoptada na RNCCI, centrada no *cuidar* e no *reabilitar*, implica mudanças no paradigma vigente com alterações nas dinâmicas das instituições, nas respostas profissionais, no tipo de cuidado às pessoas idosas e seus familiares. A abordagem da Rede, pelas repercussões que terá no cuidado à pessoa idosa, implicará uma mudança no paradigma actual, em especial, nas acções de cuidado da Enfermagem. Nas Unidades de Cuidados Continuados – UCC, os(as) enfermeiros(as) asseguram a maior parte do cuidado às pessoas idosas internadas, com mais de 80% das horas por cama e dia de internamento (UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - UMCCI, 2008). Desta forma, estes(as) profissionais têm um papel importante nas UCC, pois contribuem substancialmente para a promoção da independência, da autonomia e da qualidade de vida das pessoas ali internadas.

Os estudos em Portugal sobre o cuidado de Enfermagem nos cuidados continuados integrados são raros. Deste modo, ao direccionar o foco deste estudo para o cuidado de Enfermagem às pessoas idosas em UCC, espero contribuir para a visibilidade deste aspecto e identificar questões que possam melhorar a sua qualidade. No desenvolvimento deste estudo, utilizei uma abordagem qualitativa, pois permite perceber melhor as experiências dos(as) enfermeiros(as) no desenvolvimento dos Cuidados Continuados de Enfermagem (CCE) às pessoas idosas em UCC.

A dissertação foi estruturada em três fases: a conceptual, a metodológica e a empírica. Na primeira, sistematizo a revisão da bibliografia sobre os cuidados continuados, a RNCCI e o cuidado de Enfermagem. Nesta fase, delimito o estudo e exponho os seus objectivos. Na segunda fase,

abordo a metodologia do estudo, nomeadamente o tipo, participantes, método de recolha e análise de dados e as questões éticas e de rigor do estudo. Na fase empírica, apresento e discuto os resultados.

Ao desenvolver este estudo, almejo caminhar em direcção à conceptualização dos CCE às pessoas idosas internadas nas UCC, a partir das experiências de enfermeiros(as). Deste modo, pretendo contribuir para a construção de conhecimento na área e para a melhoria destes cuidados e da qualidade de vida das pessoas idosas que ingressam na Rede.

## **I PARTE – FASE CONCEPTUAL**

### **CAPÍTULO 1 – REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE: A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

O passado recente do Sistema Nacional de Saúde - SNS tem sido caracterizado por um conjunto de reformas das políticas de saúde. De entre as várias reformas, destaco a RNCCI. A primazia desta reforma foi identificada pelo MS como uma das principais lacunas no SNS em Portugal, perante os cidadãos(ãs) que sofrem de doenças crónicas, as pessoas idosas e outros grupos com necessidades especiais, tais como doentes mentais e os incapacitados, mental e fisicamente (Simões e Barros, 2007). Estas lacunas não residem, exclusivamente, na débil resposta do Estado na área dos cuidados continuados mas, também, na evolução da sociedade portuguesa, com a consequente transição demográfica. Estas lacunas possibilitam enquadrar, com mais precisão, a “urgência” de desenvolver uma Rede de Cuidados Continuados no país.

A par destas alterações, a cobertura de serviços de cuidados continuados era insuficiente, sendo caracterizada por uma “deficiente distribuição territorial, tanto ao nível dos cuidados primários, como ao nível hospitalar” (Campos, 2008, p. 113). Esta situação foi agudizada pela inoperância dos serviços de saúde, nomeadamente hospitais de agudos de menor dimensão e com modestos níveis de diferenciação tecnológica para responderem e darem cobertura capaz às prioridades de cuidado da população idosa, com patologias crónicas ou subsidiárias, susceptíveis de conduzir à dependência. Segundo o Relatório Final da Fase I, de Diagnóstico e Situação Actual (2005)<sup>1</sup>, o número de altas hospitalares de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos em 2003, era de 337.700, o que corresponde a 32,3% do número total de altas. Ao analisar os números de altas com mais de 7, 20 e 30 dias em relação ao total de altas, verifico que as pessoas com mais de 65 anos representam mais de metade das altas. Em relação aos reinternamentos, as pessoas idosas com 65 ou mais anos representam, aproximadamente, metade do total de reinternamentos entre 2000 e 2003.

Estes dados, juntamente com os dados populacionais, as taxas de morbilidade e de mortalidade e a incidência e prevalência das doenças, levam a que se espere um aumento das doenças crónicas e incapacitantes nos próximos anos. Neste sentido, as necessidades em cuidados continuados existentes no país são enunciadas no Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas como sendo “... indispensáveis a um sistema de saúde que se quer adequado para responder às necessidades de uma população que está a envelhecer ” (Portugal. Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (DGS), 2006, p. 6).

---

<sup>1</sup> Dados referentes ao ano de 2003.

Considerando o exposto, abordo neste capítulo as políticas existentes em relação aos cuidados continuados até à criação da RNCCI. Em relação a esta última, delimito os seus objectivos, princípios, características e filosofia.

### 1.1. DOS CUIDADOS CONTINUADOS AOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A importância do desenvolvimento de uma rede de cuidados continuados tem sido uma preocupação dos diferentes Governos Portugueses, nas últimas décadas. Na opinião de Santos (2002), os cuidados continuados constituem-se em direito fundamental, já que a inoperância desta continuidade poderá comprometer o sucesso de todo o empenho da equipa de cuidados. Tendo presente esta inoperância, nomeadamente, entre os serviços hospitalares e os cuidados de saúde primários, é que o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, publicam o Despacho conjunto n.º 407/98. Este despacho aprovou e divulgou as orientações reguladoras da intervenção articulada entre o apoio social e os cuidados de saúde continuados, dirigidos às pessoas idosas e em situação de dependência.

Quatro anos mais tarde, e tendo presente as necessidades das pessoas idosas e dos seus familiares, foram criadas unidades de internamento e reforçado o apoio comunitário, revogados no Decreto-Lei n.º 281/2003. Estas leis regulavam a implementação de novas modalidades de respostas na rede de apoio existente na altura. Contudo, estas respostas, bem como as que os centros de saúde ofereciam não se encontravam distribuídas de forma homogénea no país. A par disso, predomina a desadequação das respostas actuais à realidade da população idosa (Relatório Final da Fase I de Diagnóstico da Situação Actual, 2005). Deste modo, as alterações introduzidas em 2003, revelaram-se ineficazes e desadequadas à realidade da população portuguesa. Foi criada, assim, no ano de 2005, a Comissão para o desenvolvimento dos cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência (Resolução do conselho de Ministros n.º 84/2005). Esta comissão teve como incumbência propor um modelo em matéria de cuidados continuados integrados destinado a pessoas em situação de dependência. O trabalho desta comissão culmina com a publicação do Decreto-lei 101/2006 que cria a RNCCI.

### 1.2. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Portugal inicia o processo de criação da RNCCI com o Programa do XVII Governo Constitucional, que define como meta a instauração de políticas de saúde e de segurança social integradas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Portugal. Ministério da Saúde – DGS, 2004). Emerge um novo modelo que tem um carácter intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os cuidados de base comunitária e os de internamento hospitalar. O Decreto-lei n.º 101/2006 define os cuidados continuados integrados como “*um conjunto de intervenções sequenciais de*



*saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”* (p.3857). Contudo, para compreender melhor este modelo importa referir outras definições que estão na base da RNCCI. Neste sentido, a continuidade e a integração do cuidado e a *multi/interdisciplinaridade* são determinantes. A continuidade do cuidado é entendida como a sequencialidade das intervenções integradas de saúde e de apoio social, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social. Estas intervenções implicam a união das acções de saúde e apoio social, alicerçadas numa avaliação e planeamento conjuntos. Considerando esta acção concertada é que surgem a *multi* e a *interdisciplinaridade* como modelos de trabalho em equipa. A primeira é entendida como a complementaridade das actuações entre os diferentes profissionais que trabalham na Rede. Por outro lado, a interdisciplinaridade avança nesta definição sendo entendida como a definição e a assunção de objectivos comuns, orientadores das intervenções, entre os profissionais da equipa.

As definições referidas anteriormente tornam evidente o objectivo da Rede, que é a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os objectivos específicos para a RNCCI são definidos no Artigo 4.º do Decreto-lei 101/2006, respectivamente:

- *“A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social;*
- *A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;*
- *O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação;*
- *A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;*
- *O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação de cuidados;*
- *A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;*
- *A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados e integrados e de cuidados paliativos”* (Decreto-lei 101/2006, p. 3858).

Considerando os objectivos da RNCCI, importa realçar os princípios do funcionamento da RNCCI, que assentam na: integralidade, globalidade, *multi e interdisciplinaridade*, equidade e inserção na comunidade. A proposta desta Rede implica uma mudança de paradigma, originando a criação de um modelo que atenda às particularidades dos cuidados continuados. Surgem, assim, diferentes tipologias de cuidados, a saber: as unidades de internamento, as unidades de ambulatório, as equipas hospitalares e as equipas domiciliárias. As unidades de internamento são de convalescença, de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e de cuidados paliativos (Apêndice I).

A Rede introduz uma nova dinâmica em relação à situação actual, criando um sistema com o objectivo de adequar as unidades e equipas às necessidades dos doentes. Neste sentido, os recursos humanos, segundo o Decreto-lei n.º 101/2006, regem-se por padrões de qualidade, consubstanciada através de formação inicial e contínua. Neste decreto não existe qualquer referência ao rácio de profissionais – doentes. Esta lacuna pode originar alguma ambivalência na gestão destes mesmos recursos.

Devido à sua complexidade, o processo de implementação da Rede é progressivo, desenvolvendo-se num horizonte temporal que vai desde a data do Decreto-lei n.º 101/2006 até ao ano de 2016, cuja cobertura será de 100%. Actualmente, a implementação encontra-se na Fase I, de 2006-2009, com cobertura de 30%. Na fase inicial da implementação da Rede, a UMCCI (2007a) desenvolveu um estudo de monitorização das experiências piloto, utilizando o *focus group* com representantes da RNCCI. Das conclusões deste estudo, destacam-se: o trabalho em equipa e a transdisciplinaridade como valores chaves na RNCCI; o maior investimento na capacitação dos(as) profissionais, face ao paradigma da Rede, as inovadoras metodologias de trabalho e o cuidado geriátrico; o aperfeiçoamento da avaliação integral: bio-psico-social; a introdução de incentivos nos contratos e sistemas de pagamento que estimulem a eficácia e a qualidade; a insuficiência do número de profissionais para responder às necessidades existentes e aprofundar e estender o trabalho com as famílias/cuidadores para a promoção do envolvimento afectivo no cuidado e uma adequada compreensão da RNCCI.

No ano de 2008, a UMCCI publica outro relatório de monitorização para o desenvolvimento da RNCCI, em que evidencia as principais recomendações para este desenvolvimento. De entre as recomendações, sublinho: a consolidação da filosofia da RNCCI entre os profissionais; a ampliação da participação e o envolvimento do utente e da família/cuidadores no cuidado; a aposta na capacitação contínua em cuidados continuados integrados; a dotação interdisciplinar das equipas e a consolidação do desenvolvimento das metodologias de trabalho multidisciplinar. As referências à importância da filosofia da Rede são

destacadas, uma vez que ela se centra num “novo” paradigma direccionado ao *cuidar* e a *reabilitar*, que aprofundo seguidamente.

### 1.3. CUIDAR E REABILITAR - O PARADIGMA DOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A RNCCI realça um novo paradigma no sistema de saúde e de apoio social às pessoas idosas. Surge como abordagem centrada no *cuidar* e *reabilitar*, que visa promover a autonomia das pessoas idosas, diminuir a sua tendência para a dependência e reabilitar as capacidades funcionais que têm (Decreto-lei 101/2006). Esta visão é apoiada por estudos internacionais que demonstram que os cuidados continuados<sup>2</sup> revertem algumas situações de dependência, reduzem os reinternamentos nos hospitais, possibilitam a recuperação da funcionalidade e a diminuição da mortalidade e institucionalização (Matthews, 1984; Rubenstein [et al.] 1984; Applegate [et al.], 1990; Miller e Weissert, 2000; Garasen, Windspoll e Johnsen, 2007).

O modelo clássico de cuidado dos doentes, baseado no *Modelo Biomédico tradicional*, com foco de atenção centrado exclusivamente na alteração biológica e na doença, não é de todo adequado à transição epidemiológica do país. A RNCCI constitui-se como um importante recurso de retaguarda para os cuidados pós-agudos. A Rede não se centra na cura (cuidados agudos), mas no processo que lhe precede, em que a incapacidade e a dependência podem surgir, sendo urgente a recuperação, o mais precoce possível. Por este facto, a Rede alicerça-se nos novos paradigmas da recuperação global e manutenção (Decreto-lei 101/2006). Estes são entendidos como processos activos e contínuos, por períodos que se prolongam para além do necessário para o tratamento da fase aguda da doença ou de intervenções preventivas, compreendendo: a reabilitação, a readaptação, a reintegração social, a provisão e manutenção do conforto e da qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis (Decreto-lei 101/2006).

Segundo a UMCCI (2007b, p.8), o cuidado na Rede “*significa fornecer os melhores cuidados possíveis e disponíveis a um individuo e ou familiar/cuidador com uma necessidade, num contexto específico*”. De acordo com a mesma fonte, no cuidar, os(as) profissionais devem: aplicar a melhor das evidências disponíveis, associada à sua perícia profissional; atender às expectativas e objectivos das pessoas e da família/cuidador; envolver e promover a participação das pessoas e implementar procedimentos facilitadores da recuperação de capacidades funcionais e/ou cognitivas que conduzem a maior autonomia possível. O cuidado na Rede, considerando os aspectos atrás referidos, deve ser: equitativo, responsável e pró-activo, personalizado, dinâmico, eficiente e baseado na evidência (UMCCI, 2007b).

---

<sup>2</sup> Na bibliografia de língua Inglesa, o cuidado continuado é denominado cuidado intermédio – *intermediate care*.

As intervenções de profissionais que trabalham na Rede fundamentam-se no princípio dos 3 R's – Reabilitação, Readaptação e Reinserção. Para além destes 3 R's são importantes 2 P's – Promoção da Saúde<sup>3</sup> e Prevenção da Doença. Apesar de haver alguma referência a estes últimos domínios, as orientações são quase inexistentes. No entanto, a promoção da saúde e da prevenção da doença são fundamentais para a autonomia, a independência e a qualidade de vida das pessoas idosas e de seus familiares. Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde – OMS (2002), ao abordar os determinantes para um envelhecimento activo, destaca que os sistemas de saúde necessitam de investir na promoção da saúde e na prevenção da doença. A proposta da Rede não enfatiza, directamente, a promoção e a prevenção, mas considero que são essenciais para o alcance dos objectivos propostos e não dissociáveis da nova filosofia adoptada, sendo um importante domínio para todos os profissionais que nela trabalham.

A concepção dos cuidados continuados na Rede coloca novos desafios aos profissionais, os quais apontam para a necessidade de novos conhecimentos e competências. Neste sentido, a UMCCI (2007b) apresenta as *Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados*. Este documento desenvolve um conjunto de orientações gerais que norteiam as acções de saúde. Para além destas orientações, a humanização ocupa uma posição central neste processo de cuidado. A Unidade de Missão desenvolve um conjunto de recomendações que envolvem: o respeito na forma como o doente quer ser tratado; o respeito pela sua intimidade, privacidade e confidencialidade; o fornecimento de informações sobre a sua situação clínica, recursos, horários e serviços da unidade; obtenção do consentimento informado para o desenvolvimento do cuidado; disponibilidade de assistência religiosa e desenvolvimento de ambientes capacitadores e agradáveis. Estas orientações desenvolvem, ainda, três aspectos essenciais na compreensão do cuidado nestas unidades, que são: os cuidados pessoais, a promoção do auto-cuidado e a promoção do bem-estar. Para o desenvolvimento destas actividades é importante não esquecer a família/cuidador(a), desenvolvendo competências, treino e capacitação para poderem cuidar das pessoas idosas e envolver estas pessoas em todas as actividades realizadas (UMCCI, 2007b).

Embora alguns dos pontos referidos sejam familiares para profissionais de saúde, em especial para os(as) enfermeiros(as), o seu contexto irrompe numa nova realidade. Olha-se para o cuidado à pessoa idosa através de outra lente, que procura ser mais humana, optimista e integradora. A visão da cura da doença dá lugar a uma visão de cuidado que procura recuperar a máxima funcionalidade, qualidade de vida, autonomia e independência da pessoa idosa.

---

<sup>3</sup> Promoção da Saúde – “é um processo que visa aumentar a capacidades dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social. O indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio” (Carta de Ottawa, 1986, p. 2).

## **CAPÍTULO 2 – O CUIDAR/CUIDADO EM ENFERMAGEM**

Os Cuidados Continuados Integrados constituem-se como um período intermédio entre o cuidado hospitalar e o domicílio, onde profissionais de saúde desenvolvem as suas actividades, com o objectivo de restituir as capacidades perdidas com o episódio agudo. De entre os profissionais, destaco os(as) enfermeiros(as) que têm um papel central na orgânica e funcionalidade da Rede. O Relatório Final da Fase I, de Diagnóstico e Situação Actual (2005), relativamente aos recursos humanos, evidencia a importância da Enfermagem na Rede, ao alertar para a “necessidade de gerar novos profissionais sobretudo de Enfermagem” (p. 261). A centralidade da Enfermagem na Rede, mais especificamente nas Unidade de Internamento dos Cuidados Continuados, deve-se principalmente à sinergia entre o foco da Enfermagem e o foco da Rede, pois ambas centram-se no cuidar. Assim, exponho, neste capítulo, algumas abordagens teórico-conceituais sobre o Cuidar/cuidado de Enfermagem, incluindo as suas dimensões integrantes e, de seguida os estudos exploratórios sobre o cuidado com pessoas idosas.

### **2.1. O CUIDAR/CUIDADO EM ENFERMAGEM: ABORDAGENS TEÓRICO-CONCEPTUAIS**

A associação entre o Cuidado e a Enfermagem é inequívoca e essencial para a definição da mesma enquanto disciplina profissional. Segundo Silva (2002), o cuidado tem-se constituído no foco e expressão essencial da Enfermagem ocupacional e profissional ao longo da história de Enfermagem. Contudo, como menciona a mesma autora, após Nightingale, as abordagens na Enfermagem centraram-se no modelo biomédico, distanciando-se das suas bases fundamentais (Silva, 2002). Só por volta da década de 1950, a “Enfermagem busca recuperar as suas bases e avançar no processo de construção do seu próprio corpo de conhecimento” (Silva, 2002, p. 1; Alligood e Tomey, 2002). Várias autoras, tais como Leininger (1995), Watson (2002) e Silva (2007) têm desenvolvido teorias sobre o cuidado, distanciando-o do modelo biomédico.

Leininger (1988, p.7) refere que o cuidar “refere-se aos actos de assistência, suporte ou de facilitação dirigidos a outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas de melhoria ou aperfeiçoamento de uma condição Humana ou de forma de vida”. Ao desenvolver a sua teoria do cuidado transcultural, a autora salienta que o cuidar é um fenómeno universal, cujas expressões, processos e padrões variam em diferentes culturas.

Watson (2002) considera o cuidar como uma característica Humana (também referido por Collière (1989) e Honoré (2004)) e o ideal moral da disciplina profissional de Enfermagem, sendo o seu objectivo a protecção, o engrandecimento e a preservação da dignidade humana. A autora refere que o cuidar “está relacionado com respostas humanas intersubjectivas às condições de

saúde-doença, interacções ambiente-pessoa, um conhecimento do processo de cuidar, auto-conhecimento e conhecimento das nossas capacidades e limitações para negociar” (p.55). O cuidar em enfermagem não é apenas uma questão de boas intenções, mas envolve conhecimento sobre quem são os outros, sobre as suas capacidades, limitações, necessidades e sobre os factores que poderão ajudar as pessoas no seu crescimento. Na sua obra sobre o cuidar, Watson (2002) defende que o cuidado requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do(a) enfermeiro(a) e o comprometimento para com o próprio e para com os outros. Cuidar envolve o acompanhamento da pessoa no seu restabelecimento, tendo em conta as suas necessidades existenciais fundamentais. Ao desenvolver a sua teoria, a autora destaca que o(a) enfermeiro(a) é visto(a) como co-participante no processo de cuidar. Neste processo de co-participação, Watson (2002) refere que as capacidades dos(as) enfermeiros(as) estão sempre à prova, uma vez que cada pessoa é um universo complexo.

Segundo Silva (1998), cuidar é um processo integral, complexo e inclusivo da pessoa, daí a afirmação “cuidar com”. Com base nos seus estudos sobre o cuidado, apresenta-o como um fenómeno complexo, plural, que se concretiza em processo inter-relacional e contextual, que envolve as mais diversificadas formas de expressividade terapêutica, de conhecimento, habilidade e experiências prévias de cuidado.

Para Waldow (2001), o cuidar é intrínseco à própria natureza humana; é uma forma de estar no mundo, sendo essencial para o desenvolvimento e realização da pessoa. Segundo a autora, ‘cuidar’ “é um processo de crescimento e amadurecimento que está permeado por valores e princípios de solidariedade, compaixão, honestidade, humildade, ética, conhecimento, amor, entre outros” (2001, p.285). Segundo Hesbeen (2000), o cuidar é entendido como um processo complexo, uma arte (a arte do terapeuta) e um valor<sup>4</sup>. Maia e Vaggetti (2008) destacam que o cuidado implica uma continuidade, é um processo e, para tal, requer integrantes, como: sensibilidade, atitude de desvelo, solicitude, atenção, troca, sinergia; enfim, sentimentos que favoreçam este processo de viver. As mesmas autoras, nas suas concepções, identificam o cuidado como: uma expressão da humanidade e sensibilidade de cada ser humano; uma possibilidade de auto desenvolvimento; uma atitude ética do viver consigo em sintonia e harmonia com os outros e com a natureza; possibilidade de construção de uma ética universal para guiar as acções morais da comunidade global, fundamentado no diálogo, na parceria, na solidariedade e num pacto de convivência com a diversidade social, cultural, religiosa e étnica.

Atendendo à complexidade do cuidar/cuidado, múltiplas dimensões têm sido desenvolvidas em estudos recentes, evidenciando a importância do fazer da Enfermagem, uma disciplina

---

<sup>4</sup> O autor refere-se ao cuidar enquanto valor, na perspectiva que “o conceito de cuidar sob a forma de valor e não de verdade científica permite facilmente a cada pessoa subscrever este valor ou desviar-se dele escolhendo uma orientação mais compatível com as suas ideias ou mais apropriadas ao seu projecto de vida ou profissional” (Hesbeen, 2000, p.39).

profissional com o compromisso de melhorar a qualidade do processo de ser e viver e do cuidar/cuidado em Enfermagem, como requisito imprescindível à vida humana.

## 2.2. O CUIDAR/CUIDADO EM ENFERMAGEM: DIMENSÕES INTEGRANTES

Diferentes dimensões têm sido desenvolvidas no estudo do cuidar/cuidado. De entre as dimensões do cuidado, selecciono a dimensão cognitiva, afectiva/expressiva e a técnica/instrumental. A dimensão cognitiva envolve a informação acerca da unidade, os modos de apropriação dos saberes, das estratégias que desenvolvem (tanto individual como colectivamente), a integração de conhecimentos, a sua apropriação no e pelo contexto de trabalho (Costa, 2002). Esta dimensão relaciona-se intimamente com o *Saber-Saber* e a competência científica dos(as) enfermeiros(as). Segundo Dias (2005, p.107), “*existe um conjunto de requisitos associados aos conhecimentos que precisam de ser adquiridos, desenvolvidos e elevados à categoria de competências científicas, através de aperfeiçoamentos sucessivos utilizados pelos recursos e estratégias cognitivas. Neste processo, as aprendizagens realizadas no tempo, organizam-se para construir um corpo de conhecimentos multidisciplinares a utilizar nos contextos de trabalho*”. A mesma autora identifica um conjunto de competência científica ou de domínio cognitivo, destacando os conhecimentos científicos: formação ou especialização necessárias ao exercício da profissão e às estratégias de pensamento cognitivo. Esta dimensão envolve, ainda, o processo e planeamento do cuidado, tendo presente a teoria que lhe está subjacente. Watson (2002) defende que o cuidar na enfermagem requer teoria e prática, indo além do mero pensamento à acção, baseando-se numa cosmologia que abarca a reflexão crítica, dentro de um quadro conceptual diferente e de opções criativas como parte do modelo de cuidar-curar.

A dimensão afectiva/expressiva “está ligada às formas de demonstrar afecto, de estar presente por inteiro e de valorizar o outro. A demonstração de afecto é identificada como sendo uma forma de expressão do cuidado, a qual envolve a demonstração de amor, carinho e amizade, que são formas de atenção para com o outro e para o que se faz” (Silva, 1998, p.2). De entre as formas de mostrar afecto, Godkin e Godkin (2003) destacam a presença no cuidado de Enfermagem. Estes autores caracterizam-na como: a) o contacto directo e disponibilidade; b) o relacionamento com os utentes a nível físico, social e emocional; c) uma capacidade de interpretar correctamente a comunicação do utente, enquadrando-as na sua história pessoal e situação clínica; d) o conhecimento do percurso pessoal, gostos, hábitos e costumes para um cuidado de enfermagem adequado e; e) a exigência que os(as) enfermeiros(as) estejam com o doente.

Os(as) enfermeiros(as), ao contactarem com o(a) utente, desenvolvem diferentes formas de expressar afecto, quer por uma palavra amigável, quer por um toque discreto, pela disponibilidade, pelo respeito, pela atenção, pelo sor(riso), pela proximidade, entre outros. Silva (1998) refere que a

afectividade no cuidado requer solidariedade, devendo ser acompanhada pela demonstração de afecto, disponibilidade, espontaneidade, interesse, consideração, responsabilidade, respeito recíproco e uma presença verdadeira. Esta presença requer uma certa intenção, um certo interesse, uma disposição para o outro. A relação afectiva estabelecida entre o(a) enfermeiro(a) e a pessoa inclui ainda a comunicação e a relação entre quem *cuida* e quem é *cuidado*. A comunicação é um pilar essencial da dimensão afectiva/expressiva, implicando uma troca contínua de informação, humana e pessoal, que facilita a compreensão mútua e de todo o processo de saúde-doença (Fernandes, 2007). Dias (2005) realça a importância da comunicação no modo de nos relacionarmos com as outras pessoas ao longo da vida. A relação com o utente (família e/ou cuidador de referência) envolve cortesia, compreensão e privacidade (Sousa e Carvalhais, 2006). O relacionamento afectivo engloba um elevado valor humanista, altruísta e solidário. A dimensão afectiva/expressiva envolve o *Saber-Ser* do(a) enfermeiro(a). Nesta perspectiva, Dias (2005) considera nesta dimensão a competência sócio-afectiva, relacional e ético-moral. A primeira assenta nas características e nas capacidades pessoais para estabelecer e manter relações afectivas que exprimem afectos. Permite que o(a) enfermeiro(a) se relacione bem consigo próprio, com o meio ambiente e com os outros. O relacionamento com o outro tem por base a empatia (capacidade para compreender os outros, ver as coisas do seu ponto de vista, respeitar as diferenças do modo como pensam, orientar para o serviço, potenciar a diversidade, formar a consciência política) e as relações interpessoais. A autora refere que a afectividade e o relacionamento na prática são muito difíceis de separar, porque as emoções condicionam as nossas vivências e influenciam os estados de humor e os estados afectivos. A competência ético-moral expressa a autonomia, a liberdade de escolha e independência, o respeito e a aceitação pelo valor das pessoas, responsabilidade, solidariedade, confidencialidade pelo outro. Em síntese, a dimensão afectiva/expressiva do cuidado traduz o *Ser e Estar* do(a) enfermeiro(a) durante o desenvolvimento do cuidado.

A dimensão instrumental/técnica do cuidar engloba a execução de técnicas, habilidade e conhecimento. Segundo Silva (1998) e Dias (2005), esta dimensão está intimamente ligada ao fazer com qualidade e competência, ao *Saber-Fazer*. As mesmas autoras mencionam que esta dimensão envolve o conhecimento técnico e científico da Enfermagem. Exige uma formação específica e um conjunto de conhecimentos e técnicas adequadas que traduzem a competência dos(as) enfermeiros(as) (Fernandes, 2007). Sousa e Carvalhais (2006) associam a esta dimensão o conhecimento, o juízo e a componente de execução. Dias (2005) refere que no âmbito das ciências de Enfermagem, a dimensão técnica é descrita e ensinada sob a forma de técnicas e procedimentos, englobando conhecimentos gerais, saberes específicos, padrões de linguagem utilizados, domínio dos conceitos, experiências necessárias à adaptação, ao tipo de actividade e aos padrões tecnológicos específicos.



Uma análise mais atenta das dimensões do cuidado remete-nos para as estreitas interligações entre o *Saber-Saber*, o *Saber-Estar*, o *Saber-Ser* e o *Saber-Fazer*. O primeiro envolve a dimensão cognitiva, o *Saber Estar e Ser* abarca a dimensão afectiva/expressiva e o último diz respeito ao agir instrumental, o “fazer mão”<sup>5</sup>. Silva (2002), após uma revisão de estudos Norte-americanos, refere que enquanto os enfermeiros(as) enfatizam a dimensão afectiva/expressiva no cuidado, as pessoas cuidadas valorizam a dimensão instrumental, através da competência técnica dos(as) profissionais. Em estudos desenvolvidos pela mesma autora no Brasil, os resultados encontrados mostraram diferenças em relação aos estudos Norte-americanos, tendo em vista que tanto os(as) profissionais como as pessoas cuidadas valorizaram ambas as dimensões. Desta forma, as dimensões instrumental/técnica e afectiva/expressiva aparecem interligadas e não podem ser entendidas separadamente. Fernandes (2007), num estudo realizado em Portugal sobre os factores que influenciam a percepção dos comportamentos de cuidar<sup>6</sup> dos(as) enfermeiros(as), concluiu que estes valorizam especialmente a dimensão do investimento no cuidado ético e a dimensão do investimento técnico, destacando os seguintes comportamentos: tratar o doente como pessoa; mostrar respeito pelo doente; apreciar o doente como ser humano; ajudar a reduzir a dor do doente; falar com o doente; tratar a informação relativa ao doente de forma confidencial; apoiar o doente; colocar o doente em primeiro lugar e prestar bons cuidados físicos.

As dimensões integrantes do cuidado também têm emergido nos estudos sobre o cuidado de Enfermagem à pessoa idosa, pelo que seguidamente apresento uma revisão de alguns estudos nesta área.

### 2.3 – O CUIDAR/CUIDADO EM ENFERMAGEM ÀS PESSOAS IDOSAS

De entre os estudos em que emergiram as dimensões integrantes do cuidado, destaco o estudo de Costa (2002) sobre o cuidar de pessoas idosas: formação, práticas e competências dos(as) enfermeiros(as). A autora evidencia, numa das suas conclusões, as seguintes dimensões de competências no cuidado geriátrico: a dimensão técnica (resolução de problemas), a dimensão clínica (resolução de problemas práticos no decurso da acção) e a dimensão crítica (amplitude alargada na resolução de problemas, baseada na reflexão na, sobre e durante a acção, visando a construção do saber geriátrico). A autora, referindo-se a estas dimensões, menciona “que pela sua natureza e modos de operacionalização, estas convergem para três indicadores que caracterizam o[a] profissional e o cuidado de enfermagem geriátrico: ACÇÃO, RELACÃO, SER” (p. 263).

---

<sup>5</sup> Insere-se dentro do paradigma Determinista, que envolve as tarefas funcionais, nas competências e no papel do “fazer” da Enfermagem.

<sup>6</sup> A autora utilizou neste estudo um Inventário de Comportamentos no Cuidar, constituído por 5 dimensões: Dimensão disposição e atenção positiva ao doente; Dimensão investimento compreensivo; Dimensão investimento técnico; Dimensão investimento comunicacional e Dimensão investimento técnico.

A autora supracitada refere que a construção do cuidado geriátrico de enfermagem, no contexto de trabalho, assenta em dois pilares ideológicos que se constituem eixos estruturantes do cuidado geriátrico e com as quais se identificam as lógicas da acção. Estes pilares são expressos pelas seguintes áreas:

- “Área explicativa do cuidado à pessoa idosa – as funções profissionais que, ao longo dos tempos, têm sido designadas como integradoras do paradigma do cuidar e do tratar ou os cuidados de manutenção da vida e de reparação. As funções que permitem a reorganização ambiental da pessoa idosa em ambiente terapêutico de saúde e de bem-estar.
- Área implicativa do(a) enfermeiro(a) que cuida pessoas idosas – enraíza-se na sua personalidade e é inerente ao seu modo de ser pessoa, gerando, a partir do que é e mediante a sua implicação na actividade, novas formas de cuidar, criando o cuidado mediante um processo formativo auto e hetero – estruturante e, simultaneamente, revitalizador do contexto pela construção partilhada” (p.261).

No estudo de Clarke (2007) sobre o desenvolvimento do cuidado a pessoas idosas internadas em unidades de cuidados continuados emergiram quatro categorias: o *cuidado físico* (higiene, medicação e necessidades sociais); o *cuidado negociado* (através da comunicação, os(as) enfermeiros(as) e outros profissionais de saúde conseguem uma maior cooperação da pessoa idosa e da família, bem como resolvem os conflitos entre os(as) enfermeiros(as) e as pessoas idosas/família); o *cuidado relacional* (envolvimento afectivo entre os(as) enfermeiros(as), a pessoa idosa e a família; os(as) enfermeiros(as) incorporam o cuidado emocional através da humanização do cuidado na unidade) e a *motivação para cuidar* (pelo conhecimento e compreensão das necessidades físicas, psicológicas e sociais das pessoas idosas, ao assumir o lugar de “intermediário e/ou advogado” da pessoa idosa e da família, e pelo contacto com familiares idosos doentes, em especial, a mãe). Clarke (2007) refere que o *cuidado físico*, *negociado* e *relacional* estão englobados no desenvolvimento profissional da Enfermagem. A motivação para cuidar localiza-se dentro e para além do desenvolvimento profissional. Esta conclusão converge, de algum modo, para os eixos ideológicos assinalados por Costa (2002).

De entre as dimensões do cuidado, a afectiva/expressiva é a que mais se destaca nos estudos sobre o cuidado de enfermagem a pessoas idosas. Deste modo, os(as) enfermeiros(as) evidenciam como aspectos centrais do cuidar, o carinho, a relação interpessoal, a empatia, a comunicação, o respeito, a escuta e o conforto (Costa, 1994; Simões, 1997; Cristóvão, 1998; Almeida 1999a; Mateus, 2005). Estes resultados têm especial significado, quando confrontados com os resultados dos estudos com pessoas idosas. Estas privilegiam mais a dimensão afectiva do cuidado, com enfoque nas relações humanas, de carinho e atenção (Silva, 1996; Melo, 1998). Num estudo sobre os comportamentos dos(as) enfermeiros(as) e o impacto em pessoas idosas, em

situação de internamento hospitalar, os resultados revelaram que estes(as) apreciam, de modo positivo, os comportamentos dos(as) enfermeiros(as) que garantem a execução de técnicas sem causar dor, desconforto, e num contexto de amabilidade, carinho, disponibilidade e preocupação. Por outro lado, os comportamentos negativos são associados à dimensão técnica “desprovida de afectividade e relação”, causadora de dor e acompanhada de agressividade e indisponibilidade (Sousa e Carvalhais, 2006). Este estudo é revelador da importância da articulação entre a dimensão afectiva/expressiva e a instrumental/técnica.

Esta interligação é um aspecto que se tem evidenciado na literatura da especialidade. Segundo Almeida (1999a), os cuidados de manutenção da vida são os mais realizados pelos(as) enfermeiros(as), envolvendo o *cuidado físico* (higiene, autocuidado, alimentação/hidratação, prevenção de úlceras de pressão) e de *suporte psicológico*. O cuidado de reparação (procedimentos técnicos, tratamento de feridas, administração de terapêutica) aparecem em segundo plano. Estes dados são dissonantes com os estudos de Simões (1997) e Mateus (2005). Segundo estes autores, existe um desencontro entre aquilo que os(as) enfermeiros(as) acreditam que fazem (cuidado integral, humanizado) e o que praticam (execução de técnicas e centralidade na doença). Mateus (2005) refere que a dimensão instrumental/técnica do cuidado ainda se encontra muito enraizada na visão da doença (modelo biomédico). A este propósito, Costa (2002) identifica a medicalização dos doentes, na perspectiva da acção eficaz sobre a doença e os doentes, na evolução da disciplina profissional de Enfermagem, sem se ter conseguido anular os seus efeitos negativos. A mesma autora (2005) refere que o cuidado à pessoa idosa está organizado em torno de duas concepções de cuidados, decorrentes de modelos de formação assimilados nas Escolas de Enfermagem, centrados na doença e no doente. As orientações dominantes para os cuidados de cariz psicossocial são, ainda, centrados na doença. Deste modo, estas orientações são tacticamente invadidas por um conjunto de saberes técnicos e científicos relacionados com as patologias dos doentes e seus tratamentos. Tamer e Petriz (2006), ao evidenciarem a influência do modelo biomédico no cuidado, mencionam que a velhice é concebida como uma enfermidade ou como uma parte do ciclo de vida repleta de patologias próprias da idade.

A influência, ainda presente, deste modelo na Enfermagem, remete para dois problemas associados ao cuidado a pessoas idosas: os estereótipos e a capacitação. No sentido de conhecer estes estereótipos, Almeida (1999b) identificou que os(as) enfermeiros(as) consideram a pessoa idosa como dependente; o envelhecimento implica perder capacidades; os idosos são rejeitados pelos familiares; todos os idosos se assemelham; a maioria dos idosos sofre de solidão e os idosos não são produtivos. Esta imagem é contrariada nos estudos sobre o envelhecimento, que evidenciam que as pessoas idosas mantêm elevados índices de independência e autonomia (Sousa e Figueiredo, 2002; Paúl [et al.] 2003; Sousa, Galante, e Figueiredo, 2006). As atitudes em relação à

velhice fazem parte de um campo complexo que inclui crenças, preconceitos e estereótipos, acreditando-se que estas determinam práticas em relação aos idosos (Gonçalves e Alvarez, 2002). Esta “construção da realidade” vai influenciar, fortemente, o cuidado (Costa, 2005).

A construção de uma realidade positiva e real sobre o envelhecimento no seio da Enfermagem é uma exigência (Almeida, 1999b; Gonçalves e Alvarez, 2002, 2004), em que o papel valorativo da capacitação dos(as) enfermeiros(as) possibilita compreender e integrar todas as dimensões do cuidar. Em Portugal, a heterogeneidade dos planos curriculares nas diferentes Escolas é marcado e evidente, dados os diferentes pontos de enfoque, o que acaba por se reflectir na própria formação dos(as) enfermeiros(as) (Costa, 2005). Na diversidade de planos curriculares, cada Escola tem as suas particularidades, como destaca Pinto [et al.] (1999) num estudo sobre o ensino de gerontologia nas Escolas de Enfermagem no distrito do Porto. Este autor verificou que os(as) alunos(as) (73.4%) abordaram este tema inserido numa disciplina mais abrangente; e que 17.6% realizou trabalhos de grupo no tema, não havendo praticamente trabalhos individuais e tempos de reflexão sobre a pessoa idosa. Esta situação, segundo os autores, leva a que os(as) alunos(as) percam a noção da globalidade que envolve a pessoa idosa. Não obstante a evolução ocorrida no ensino de Enfermagem, fica ainda evidente a importância que o modelo biomédico teve e tem na formação dos(as) enfermeiros(as). O ensino, quer teórico quer prático, enfatiza, ainda, os fenómenos físicos, fisiológicos e patológicos e, deste modo, o envelhecimento é encarado como processo fisiológico, em que as principais perdas se situam a este nível (Almeida, 1999b).

Este problema não se coloca unicamente ao nível das escolas de Enfermagem. A este propósito, Diogo (2004), Baltar, González e Pérez (2005) referem que as oportunidades de capacitação na gerontogeriatría ainda são escassas, o que implica uma escassez de conhecimentos nesta área entre os profissionais de saúde. Para além disso, estes autores identificam uma constante necessidade de capacitação nesta área, manifestada por diferentes sectores profissionais e investigadores. Fragoso (2008) menciona que a capacitação é um requisito básico no cuidado à pessoa idosa. Atendendo a este aspecto, Moniz (2003) realizou um estudo sobre os recursos que os(as) enfermeiros(as) mobilizam no cuidado à pessoa idosa. De entre as conclusões, o autor destaca: a *autoformação*<sup>7</sup> que se refere à aprendizagem dos(as) enfermeiros(as) com as pessoas idosas, enquanto recurso formativo, e através da experiência profissional e a *heteroformação* que engloba a aprendizagem através da partilha de saberes e experiências entre iguais, ou seja, com enfermeiros(as). Costa (2002), para além destes dois pólos, identifica a *ecoformação* enquanto aprendizagem através das relações dos(as) enfermeiros(as) com o contexto da acção.

A capacitação profissional pode modificar a imagem social que os(as) enfermeiros(as) têm das pessoas idosas e contribuir para que estes(as) profissionais gostem de pessoas nesta faixa etária,

---

<sup>7</sup> Segundo a teoria tripolar da formação esta é composta por três pólos: autoformação, heteroformação e ecoformação (Moniz (2003) apud Pineau (1991).

como atesta Moniz (2003). Para além deste contributo, o autor evidencia: as vivências da infância e a presença dos avós nesta fase da vida; o processo de consolidação e de integração nos serviços; a valorização do percurso profissional com pessoas idosas e as características reconhecidas na pessoa idosa. Simões (1997) e Mateus (2005) também identificam nos seus estudos a satisfação pessoal e profissional de enfermeiros(as) em cuidar pessoas idosas. Essa satisfação, contudo, nem sempre é alcançada quando o cuidado não atinge os níveis pretendidos, por falta de recursos humanos, matérias e financeiros (Simões, 1997; Melo, 1998; Cristóvão, 1998 e Mateus, 2005). A este propósito, Marziale (2001) referindo o estudo de Aiken, sinaliza a falta de pessoal, a insatisfação pelo trabalho e o desgaste emocional pela piora da qualidade do cuidado de enfermagem. Francis-Felsen [et al.] (1996), num estudo sobre os factores que influenciam os(as) enfermeiros(as) a deixarem o emprego nas unidades de cuidados continuados, identificaram que estes estão mais relacionados com enfermeiros(as) chefes e com administradores(as) das unidades. Entre as razões que levam os(as) enfermeiros(as) a permanecer no local de trabalho, destacam: o gostarem do que fazem, o sentirem-se bem e a relações interpessoais positivas no local de trabalho. Amaro e Jesus (2007) mencionam a importância das relações interpessoais como central na satisfação profissional dos(as) enfermeiros(as), tendo identificado que 100% dos(as) participantes apontam a dificuldade nos relacionamentos interpessoais, como uma causa de mal-estar e stresse. Estes dados vão ao encontro da meta análise realizada por Zangoro e Soeken (2007) sobre a satisfação profissional de enfermeiros(as). Segundo estes autores, o facto de os(as) enfermeiros(as) serem mais autónomos, participarem no trabalho de equipa e na organização, associado com a redução do stresse profissional, aumenta a satisfação profissional. Batista [et al.] (2005) procuraram identificar os factores de motivação e insatisfação no trabalho de enfermeiros(as), tendo concluído que os factores motivacionais foram: gostar do que faz; bom relacionamento multiprofissional; crescimento pessoal; condições de trabalho, carga horária e ambiente; apoio do gestor e remuneração. Em relação a este último aspecto, as autoras referem que não é o factor principal para a motivação no trabalho, sendo no entanto, um dos factores de insatisfação mais citados, antecedido pelas condições de trabalho.

Nos estudos, as relações interpessoais na equipa têm um papel determinante na satisfação profissional. Atendendo a que a RNCCI tem como princípio a *multi e interdisciplinaridade*, é importante considerar o impacto que este método de trabalho pode ter. Aliás, o conceito de interdisciplinaridade surge na literatura como uma das condições *sine qua non* no cuidado à pessoa idosa, tal como referem, Jacob-Filho e Sitta (1996), Cabete, (1999), Camacho (2002), Augusto [et al.] (2002), Baltar, González e Pérez (2005); Silveira (2006) e Fragoso (2008). Segundo estes autores, a importância da interdisciplinaridade é reconhecida no cuidado à pessoa idosa, considerando que este método possibilita uma avaliação multidimensional mais completa e

integral, facilitando a coordenação e participação interdisciplinar na avaliação e implementação das intervenções junto da pessoa idosa. A maior comunicação entre as diferentes disciplinas facilita o desenvolvimento das intervenções e melhora a sua eficácia. Um dos requisitos para uma adequada coordenação interdisciplinar é que os profissionais reconheçam quais são as suas funções, sendo capazes de defender a sua importância e os seus contributos no cuidado à pessoa idosa, utilizando uma linguagem clara com as outras disciplinas envolvidas neste processo (Baltar, González e Pérez, 2005; Silveira, 2006). É importante não esquecer, ainda, que os(as) profissionais devem estar conscientes dos limites da sua competência; na equipa não existe hierarquia de papéis profissionais - a interdisciplinaridade é uma construção. Por último, segundo Baltar, González e Pérez (2005) e Silveira (2006), cada profissional deve ajudar os restantes elementos da equipa a entender a informação especializada resultante do seu trabalho (habilidade para comunicar) e deve conceber o processo de trabalho em equipa.

Os estudos supracitados apresentam importantes contributos para a prática profissional expressa no cuidar das pessoas idosas. No entanto, na sua maioria, estes estudos têm como contextos os hospitais e os centros de saúde. A implementação da RNCCI no ano de 2006 abre um novo campo de investigação neste contexto de cuidado, o que justifica a sua delimitação, apresentada a seguir.

## **CAPÍTULO 3 - DELIMITAÇÃO DO ESTUDO**

A RNCCI é, no horizonte temporal das políticas de saúde e apoio social existentes no país, uma das mais relevantes e imperiosas para responder às actuais e futuras necessidades em cuidado da população portuguesa, em especial, das pessoas idosas. Entre as respostas empreendidas pelas Rede, destaco a criação de tipologias de internamento, onde é imperativo não esquecer o contributo dos inúmeros profissionais que nelas trabalham, em especial, os(as) enfermeiros(as). Este grupo profissional é o mais representativo nas unidades de internamento, sendo os que mais horas por cama dedicam (80%) (UMCCI, 2008). Por estes factos, o contributo do cuidado de Enfermagem para a consecução dos objectivos da Rede é uma mais-valia. Para além disso, a filosofia da Enfermagem tem como foco o cuidar, condizente com a filosofia da Rede.

Ao desenvolver este estudo, procuro dar resposta a uma das recomendações da UMCCI (2008), que alerta para a necessidade de fomentar a actividade de investigação e a realização de estudos na RNCCI. Esta necessidade deve-se ao facto de os estudos nesta área serem praticamente inexistentes. Procuro, ainda, contribuir para o desenvolvimento do conhecimento sobre o cuidado de enfermagem nas UCC, clarificando o seu desenvolvimento e os aspectos a serem melhorados. O desenvolvimento de estudos nesta âmbito é vital para o avanço, melhoria e sucesso da Rede e do cuidado de Enfermagem. Partindo desta perspectiva é que desenvolvo o presente estudo, cuja questão e objectivos são apresentados a seguir.

### **3.1. QUESTÃO DO ESTUDO**

- Quais são as bases conceptuais dos cuidados continuados de enfermagem a pessoas em contexto de unidade de cuidados continuados integrados?

### **3.2. OBJECTIVO GERAL E ESPECÍFICO**

#### **Objectivo geral**

- Caminhar em direcção à conceptualização dos cuidados continuados de enfermagem a pessoas em contexto de unidade de cuidados continuados integrados;

#### **Objectivos específicos**

- Analisar as concepções dos cuidados continuados integrados na perspectiva de enfermeiros(as) de uma unidade de cuidados continuados da região centro do país;
- Analisar os objectivos e dimensões integrantes dos cuidados continuados de enfermagem a pessoas idosas numa unidade de cuidados continuados integrados da região centro do país;

- Analisar as barreiras no cuidado de enfermagem às pessoas idosas numa unidade de cuidados continuados integrados da região centro do país e as possíveis soluções para melhorar a sua efectividade.

Para atingir estes objectivos, desenvolvi um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, cuja metodologia é apresentada a seguir.



## II PARTE – FASE METODOLÓGICA

### CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA

Este estudo insere-se no paradigma qualitativo. A investigação qualitativa parte do fundamento de que existe um vínculo dinâmico e indissociável entre o mundo objectivo e a subjectividade do sujeito. Esta abordagem reporta-se a uma multiplicidade de métodos e de desenhos de investigação, que são flexíveis e particulares ao objecto de estudo, que evoluem ao longo da investigação; e é a partir desta evolução que é conferido o detalhe dos dados (Bogdan e Biklen, 1994). Denzin e Lincoln (2006) referem que este tipo de pesquisa é uma actividade situada que localiza o observador no mundo, utilizando um conjunto de recursos materiais e interpretativos que lhe dão visibilidade. A metodologia qualitativa procura descrever a complexidade de determinados problemas, analisar a interacção de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir para o processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento das pessoas (Richardson [et al.], 1999).

A opção por esta abordagem permite compreender melhor as experiências dos(as) enfermeiros(as) no cuidado às pessoas idosas em unidades de internamento, na RNCCI. Outro aspecto desta escolha é o facto dos(as) enfermeiros(as), que trabalham nestas unidades, terem uma experiência única e repleta de significados<sup>8</sup>. Por último, esta abordagem equaciona e evidencia aspectos que podem assumir um papel político-social importante e crucial na compreensão da RNCCI. Dentro desta abordagem, optei pelo método exploratório-descritivo, dada a falta de estudos nesta área.

#### 4.1. CONTEXTO

O contexto deste estudo centrou-se numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC) da região centro do país, envolvendo o distrito de Coimbra. Este distrito dispõe de 30 camas em unidades de convalescença (Coimbra), 10 camas de unidades de internamentos de média duração (Coimbra), 60 camas de unidades de internamentos de longa duração. Esta escolha é motivada pelo facto de conhecer esta região, quer geograficamente quer pelas redes de saúde e de apoio social. Sou enfermeiro num hospital da região de Coimbra, que aderiu à Rede em 2006, o que permitiu ter um contacto real e uma maior compreensão da mesma.

---

<sup>8</sup> Os investigadores qualitativos preocupam-se com aquilo que se designa por perspectivas *participantes* (Bogdan e Biklen, 1994 apud Erikson, 1986).

A unidade do estudo é vocacionada para os cuidados continuados e especializados. Tem como missão: dar respostas às necessidades de cuidado de saúde em tempo útil, apoiando os cidadãos nas suas limitações através da humanização dos serviços e das diversas competências que geram. Como valores, considera: o desenvolvimento humano, a inovação, o respeito pela dignidade da pessoa humana. Com base nesta missão e valores, os objectivos desta unidade são: maximizar os ganhos em saúde de toda a população da Região Centro; melhorar a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde e reduzir o peso da doença. Esta unidade dispõe de várias unidades de internamento, tais como, unidades de convalescença e média duração, recuperação global e uma unidade móvel domiciliária. Tem ainda uma valência de Geriatria destinada a pessoas idosas que, na maioria das vezes, possuem mais do que uma doença associada e apresentam necessidade de cuidado.

#### 4.2. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram no estudo 13 enfermeiros(as). Como critérios de inclusão dos(as) enfermeiros(as) neste estudo, considerei: trabalharem na unidade há mais de 6 meses, estando na unidade dois ou mais turnos por semana e aceitarem participar do estudo. Seleccionei os(as) enfermeiros(as) porque são os profissionais que estão em maior número, que passam mais tempo nas unidades e têm um contacto mais próximo com a pessoa idosa e com a família/cuidador informal.

#### 4.3. RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados em investigação qualitativa pode utilizar uma grande variedade de estratégias. Neste estudo, utilizei a entrevista, definida como *“um método de recolha de informações que consiste em conversas orais, individuais ou de grupos, com várias pessoas seleccionadas cuidadosamente, a fim de obter informações sobre factos ou representações, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspectiva dos objectos da recolha de informação”* (Ketele e Roegiers, 1999, p.22).

Minayo (2007) refere que as entrevistas, para além da sua finalidade, caracterizam-se pela sua forma de organização, existindo um grande número de classificações. Tendo presente o objectivo deste estudo, optei pelo modelo semi-estruturado ou semi-dirigido. De acordo com Minayo (2007), os(as) entrevistados(as) são convidados a falar livremente sobre um tema e as perguntas, quando realizadas, buscam aumentar a profundidade das reflexões. Segundo a mesma autora, o(a) entrevistador(a) liberta-se das formulações prefixadas, introduzindo perguntas ou fazendo intervenções que pretendem abrir o campo de explanação do entrevistado. As perguntas, neste tipo de entrevista, não se colocam totalmente abertas ou totalmente fechadas.

O roteiro da entrevista é constituído por duas partes, a primeira corresponde à caracterização dos(as) enfermeiros(as) e a segunda por questões semi-estruturadas (Apêndice II). O registo de dados foi realizado através de gravação áudio. A realização e transcrição das entrevistas decorreu de Dezembro de 2007 a Abril de 2008, na unidade de cuidados continuados, através de marcação prévia com os(as) enfermeiros(as), com o objectivo de encontrar um horário com a máxima disponibilidade. A duração das entrevistas variou de 30 a 120 minutos. No decorrer das entrevistas, procurei explorar e clarificar o discurso, abster-me de juízos de valores, proporcionando um ambiente calmo e amigável que convidasse à livre expressão das experiências de cada enfermeiro(a).

#### 4.4. ANÁLISE DOS DADOS

A abordagem da análise de dados qualitativos deste estudo é a hermenêutica-dialéctica de Minayo (2007). Esta análise, segundo a autora, é proposta por Habermas no seu diálogo com Gadamer, em que confluem duas correntes filosóficas que, através das suas contribuições e dos seus limites, ampliam a compreensão e a crítica da realidade social. Embora Habermas tenha proposto a análise Hermenêutica-dialéctica, é Minayo (2007) quem operacionaliza esta abordagem, considerando sempre a questão do contexto e da empírica. A autora destaca dois pressupostos deste método de análise. O primeiro diz respeito à ideia de que “não há consenso e nem ponto de chegada no processo de produção de conhecimento. O segundo refere-se ao facto de que a ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge da realidade” (Gomes, 1998, p.77). Minayo (2007), para além destes pressupostos, entende que os resultados em ciências sociais não são o reflexo da mesma, mas antes uma aproximação da realidade, que nenhum dado de pesquisa pode reduzir.

Partindo destes pressupostos, Minayo (2007) propõe dois níveis de interpretação que precisam ser realizados. O primeiro está relacionado com o campo das determinações fundamentais que engloba o contexto sócio-histórico, político e económico do objecto social do estudo, constituindo um marco teórico – fundamental para a análise. Este primeiro momento pode ser pensado esquematicamente como a busca de compreensão destas determinações fundamentais, começando a serem mapeadas as categorias, que são formuladas no segundo nível de interpretação. Tendo presente este primeiro nível, procurei analisar o contexto de implementação da RNCCI, em Portugal.

O segundo nível de interpretação é caracterizado pelo encontro dos dados empíricos com o referencial teórico-fundamental. Deste modo, é ao mesmo tempo o ponto de partida e de chegada da análise. Neste nível, procurei encontrar, nos relatos dos(as) informantes, o sentido, a lógica interna, as projecções e as interpretações (Minayo, 2007). É neste nível que as entrevistas

realizadas com os(as) enfermeiros(as) foram consideradas. Este nível constitui o maior desafio na fase de análise. Minayo (2007) sugere três fases para operacionalizar este segundo momento de interpretação:

1. *Ordenação dos dados*: neste estudo, corresponde à transcrição e revisão das entrevistas.
2. *Classificação dos dados*: neste momento é importante termos em mente que os dados não existem no vazio, ou por si só. Eles são arquitectados pelas questões que nós realizamos sobre eles, com base na fundamentação teórica, através da:
  - 2.1. Leitura horizontal e exaustiva das entrevistas, para buscar a coerência interna das informações, fazendo emergir as “estruturas relevantes dos actores sociais, as ideias centrais que tentam transmitir e os momentos chave e as suas posturas sobre o tema em foco” (p.358). Este facto possibilitou a construção de categorias empíricas, para mais tarde serem transformadas em categorias analíticas, teoricamente estabelecidas;
  - 2.2. Leitura transversal: nesta fase realizei o recorte da entrevista em “unidades de sentido”, por “estruturas de relevância”, por “tópicos de informação” ou por “temas”. Neste processo de classificação, coloquei as partes semelhantes juntas, buscando compreender as conexões entre elas e guardando-as em códigos ou gavetas. Prossegui com um refinamento destas categorias, em que as múltiplas gavetas foram reagrupadas em torno de categorias centrais, numa lógica unificadora.
3. *Análise final*: é o momento em que se estabelece a círculo entre os dados e os referenciais da pesquisa. Sobre este círculo é que se vai estabelecer o movimento “que vai do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstracto, que busca as riquezas do particular e do geral é o que se chama, (...), “o concreto pensado” (p.358-9). Esta fase resultou na discussão dos dados, apresentados após os resultados do estudo.

#### 4.5. QUESTÕES ÉTICAS

As questões éticas são centrais na investigação, assumindo especial importância na investigação qualitativa em que os processos de interacção entre investigador e participantes equacionam e alteram alguns aspectos, como é o caso do anonimato. Neste estudo, respeitei os princípios relativos ao direito à autodeterminação, direito à intimidade, direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e direito a um tratamento justo e equitativo. Todos os(as) participantes foram previamente informados, de modo claro, sobre a meta, propósito e processo do estudo, bem como prontamente esclarecidos(as) acerca de qualquer dúvida que consideravam pertinente para uma melhor compreensão do estudo. Aspectos como o direito de recusa, a confidencialidade das informações e o anonimato das identidades dos(as) participantes, foram assegurados pelo termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice III).

Para a recolha dos dados, foi solicitada à instituição de saúde uma autorização, tendo sido esta deferida no dia 11 de Outubro de 2007. Ao longo desta recolha, procurei não interferir com o trabalho dos(as) enfermeiros(as). Em relação a este aspecto, importa realçar que no contacto com a unidade procurei respeitar as normas e rotinas, cultura organizacional e regras estabelecidas nas mesmas, adoptando uma postura de respeito e de colaboração.

#### 4.6. RIGOR DO ESTUDO

Com o intuito de aumentar a credibilidade e exactidão deste estudo, utilizei alguns dos critérios desenvolvidos ao longo de vários anos por Leininger (2007) e outros investigadores qualitativos. Saliento a credibilidade que se refere à verdade como conhecida, experimentada ou sentida profundamente pelas pessoas estudadas. Por este facto, procurei seleccionar as pessoas com mais tempo de serviço na unidade e uma permanência de dois ou mais turnos por semana. A confirmabilidade inclui obter evidências a partir dos informantes acerca dos achados ou interpretações do investigador. Por este facto, procurei ao longo das entrevistas solicitar exemplos das suas ideias e realizar a reposição de ideias através de contactos posteriores com as pessoas.

Ao utilizar a análise Hermenêutica-dialéctica, reforço um destes critérios, que é o significado no contexto. Estes significados focam-se na contextualização das ideias e experiências dentro de uma situação, contexto, ou ambiente total, enquadrando-se no primeiro pressuposto da análise proposta, que considera o contexto dos(as) participantes do estudo. Por último, destaco a padronização recorrente e a saturação. O primeiro está intimamente ligado ao processo de categorização da análise de conteúdo. A saturação significa que o investigador fez uma pesquisa exhaustiva do fenómeno em estudo. O termo da realização das entrevistas envolveu este facto, pois não imergiram dados novos para compreender o fenómeno em estudo.

### **III PARTE – FASE EMPÍRICA**

#### **CAPÍTULO 5 – RESULTADOS DO ESTUDO**

Os resultados foram organizados de forma a atender à questão e aos objectivos do estudo. Deste modo, neste capítulo abordo a caracterização dos(as) participantes e a análise das concepções de enfermeiros(as) sobre os Cuidados Continuados Integrados e os objectivos e dimensões integrantes dos CCE. Por último, abordo as barreiras identificadas pelos(as) enfermeiros(as) no desenvolvimento dos CCE e as soluções para optimizá-lo.

##### **5.1. CARACTERIZAÇÃO DOS(AS) PARTICIPANTES DO ESTUDO**

Participaram neste estudo treze enfermeiros(as), seis do sexo masculino (EnfM) e sete do sexo feminino (EnfF) (Apêndice IV). A idade inferior é de 23 e a superior de 49 anos (a média é de 29 anos). Considerando a idade, os(as) enfermeiros(as) da unidade são uma população jovem. A faixa etária pode explicar a razão de onze deles(as) serem solteiros(as) e só dois estarem casados ou viverem em união de facto. Estes casais são os únicos que têm filhos (um por casal). A nacionalidade global é portuguesa.

Todos são licenciados. O grau académico foi obtido nas escolas públicas de Enfermagem de Coimbra<sup>9</sup>. Somente dois dos(as) participantes estão em cursos pós-graduados, um deles terminou o mestrado em Saúde Pública, e outro frequenta a pós-licenciatura de Saúde Materna e Obstetra. Os restantes participantes frequentaram cursos de curta duração (30 h), tais como: Suporte Básico de Vida e colaboração no Suporte Avançado de Vida, Cuidados paliativos e Electrocardiografia para enfermeiros(as).

Dos(as) treze enfermeiros (as), pouco mais da metade (n=7) trabalha a tempo parcial (20 ou 24 horas semanais) na unidade e seis em tempo completo (40 horas semanais). Os(as) trabalhadores(as) a tempo parcial desempenham funções em serviços hospitalares, destacando a neurologia (n=3) e a ortopedia (n=2). A média do tempo total de desempenho profissional é de 62 meses ( $\pm 5$  anos). Os mínimos e máximos do tempo de serviço são, respectivamente, 7 meses e 24 anos. A maioria dos(as) enfermeiros(as) (n=10) trabalha há dois ou menos anos. A média do tempo de serviço na unidade é de 16 meses ( $\pm 1$  ano). O tempo mínimo é de sete meses e o máximo de dois anos.

---

<sup>9</sup> Actualmente Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, resultante da fusão da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca e da Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto.

## 5.2. CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: CONCEPÇÕES DE ENFERMEIROS(AS)

As concepções dos(as) enfermeiros(as) deste estudo sobre CCI abrangem a promoção da independência, a continuidade do cuidado e a articulação da assistência de saúde e/ou o apoio social. Dos(as) nove enfermeiros(as) que fazem referências a estes objectivos, sete são do sexo feminino. Estes(as) profissionais consideram que os cuidados continuados integrados (CCI) têm como objectivo a reabilitação, a qual é tida como central para a promoção da independência e da autonomia. Esta reabilitação não é entendida unicamente como sendo física, mas abrangendo todas as vertentes da vida das pessoas. No entanto, reconhecem que há o predomínio da reabilitação física, devido à situação de dependência, decorrentes das sequelas dos AVC e das fracturas. A complexidade resultante destas situações impõe, por sua vez, uma maior complexidade na abordagem de cuidado, demandando um trabalho de natureza multidisciplinar, com a contribuição de outros profissionais, tais como, fisioterapeutas e terapeutas da fala.

“Na unidade irá haver uma continuidade de cuidados, focalizada sobretudo numa reabilitação. Não só uma reabilitação física, motora, como também todo o resto. Quer dizer, tenta-se promover a autonomia do idoso, da pessoa que estamos a cuidar. (...) Na unidade aposta-se muito na reabilitação física, motora, porque há os fisioterapeutas, por isso é que as pessoas vão para ali” (EnfF4).

A quase totalidade das enfermeiras identifica os CCI como fase intermédia da continuidade dos cuidados, que se situa entre o hospital e a comunidade, seja o domicílio da pessoa, os centros de dia ou os lares. Esta abordagem de cuidado permite às pessoas dependentes usufruir de um conjunto de intervenções que melhoram as suas condições de vida e o seu bem-estar, com custos menores quando comparado com os serviços hospitalares. Esta mesma abordagem favorece, sobremaneira, as pessoas mais carenciadas, de entre as quais se destacam as pessoas idosas, que se beneficiam do apoio social, das melhores condições de cuidado à saúde, através de profissionais qualificados e recursos materiais e físicos mais adequados.

“Também há casos de doentes que provavelmente em meio hospitalar já não reúnem condições para estar. Portanto, na unidade, vai-se continuar a prestar os cuidados que no hospital já não faria muito sentido, ou já não seria rentável continuar em meio hospitalar” (EnfF2).

Nas concepções dos(as) enfermeiros(as) acerca dos objectivos dos CCI, fica evidente o reconhecimento que estes(as) têm da centralidade da promoção da independência e autonomia. Esta centralidade determina a abordagem processual do cuidado à pessoa. Desta interligação, emerge uma proposta diferenciada e complexa de cuidado, em que o comprometimento de uma delas descaracteriza a filosofia da RCCI, pondo em risco a proposta com um todo. Estas concepções

deixam antever a abordagem dos CCE, sendo um importante preditor para o cuidado desenvolvido pelos(as) enfermeiros(as).

Embora os(as) participantes no seu discurso deixem antever uma “nova” abordagem para os CCE, na descrição do seu cuidado ainda evidenciam a influência do paradigma tradicional, o modelo biomédico e *hospitalocêntrico*. Esta influência, ainda muito presente na visão destes(as) profissionais, faz com que a transição para a filosofia da RNCCI seja lenta e com inúmeras contradições. Este aspecto é visível através das várias comparações entre a visão do cuidado hospitalar e esta “nova” forma de cuidado. Oito enfermeiros(as), dos quais seis trabalham a tempo parcial, expressam esta comparação. Na visão destes(as) profissionais, os serviços hospitalares constituem-se como o arquétipo do “cuidado ideal”.

“O cuidado, o ideal seria que fosse igual (Hospital), mas a realidade é que não é por várias razões: primeiro, não conseguimos ter o mesmo rácio de enfermeiro/doente que temos nos hospitais; segundo, não conseguimos ter os meios disponíveis para a prestação de cuidados; terceiro, também não são diferentes quanto deveriam ser, nomeadamente na especificidade no cuidado à pessoa idosa” (EnfM6).

Para os(as) enfermeiros(as), a comparação das UCC com os serviços hospitalares gira em torno da convergência ou divergência entre estas duas realidades. Analisando a convergência, os discursos, maioritariamente (n=6), apontam para as semelhanças entre o cuidado na unidade e o cuidado nos serviços hospitalares, nomeadamente, medicina, cirurgia, ortopedia e neurologia. Referem que não há diferenças e que o cuidado, independentemente do contexto, é quase sempre o mesmo. Não só comparam a unidade a serviços hospitalares, como sentem que o seu trabalho na unidade é um prolongamento e transposição do que fazem nestes serviços.

“Muito sinceramente, acho, que os cuidados são quase os mesmos dos cuidados hospitalares. Às vezes costumo comparar os cuidados continuados a uma medicina. Nós temos aqui doentes que os cuidados são praticamente os mesmos” (EnfF3).

Contudo, os(as) enfermeiros(as) com mais tempo de experiência profissional apontam as diferenças entre os serviços hospitalares e as UCC. Estas diferenças estão focalizadas: no facto da UCC estar vocacionada para o cuidado pós-agudo, na ausência de rotinas operatórias, nos diferentes objectivos e abordagens de cuidado, resultando num período de internamento mais prolongado, o que possibilita maior contacto com as pessoas idosas internadas.

“Os cuidados são diferentes. Eu que trabalho numa enfermaria de cirurgia tenho cuidados pós-operatórios; pré-operatórios, que aqui não existem. As pessoas aqui estão numa fase de transição entre os cuidados hospitalares e o domicílio, ou outra instituição. Não são doentes agudos. São doentes estabilizados nas suas patologias. Os cuidados são diferentes. [...] Na unidade temos mais tempo para estar com as pessoas idosas, porque os doentes permanecem mais tempo” (EnfF6).

O percurso profissional, o regime de trabalho e a própria concepção da RNCCI são determinantes para que a transição paradigmática seja efectivada. Os depoimentos demonstram que



esta transição ocorre primeiramente em termos de discurso do que na prática propriamente dita. Desta forma, quando falam desta prática denunciam as contradições entre teoria e prática e demonstram uma posição, maioritariamente focada na visão tradicional de cuidado.

### 5.3. CUIDADOS CONTINUADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA: VISÃO DE ENFERMEIROS(AS)

A visão dos(as) enfermeiros(as) sobre os CCE engloba dois eixos centrais: os objectivos e as suas dimensões integrantes. Para melhor compreender estes aspectos, é relevante explicitar as percepções dos(as) participantes sobre os CCE desenvolvidos no contexto do estudo. Nesta perspectiva, convém destacar que a quase totalidade dos(as) enfermeiros(as) sublinha a importância da Enfermagem nos CCI. Ao referirem-se aos CCE, reconhecem-nos como essenciais para os cuidados continuados, sendo a “pedra angular” desta abordagem. Afirmam que os CCE contribuem grandemente para que os objectivos da Rede sejam alcançados, nomeadamente, no regresso das pessoas idosas a casa com uma melhor qualidade de vida, independência e autonomia. Ao valorizarem o seu cuidado na unidade, os(as) enfermeiros(as) têm um discurso consciente e responsável sobre a sua competência, admitindo que o seu empenho, dedicação e investimento no cuidado é crucial para uma maior qualidade do que fazem e para o reconhecimento da profissão.

“O cuidado de enfermagem é o grande pilar dos cuidados continuados, mas não se tem investido nisso. Os enfermeiros, em conjunto com os auxiliares, são os que metem isto em pé, depois vêm os médicos, os fisioterapeutas, mas quem mete isto a funcionar somos nós” (EnfM1).

Associado à valorização dos CCE e ao papel do(a) enfermeiro(a) na RNCCI, os(as) participantes (n=9) sublinham a satisfação pessoal e profissional em trabalhar na UCC, caracterizando-a como uma experiência positiva. Os factores identificados pelos(as) participantes para a satisfação com os CCE foram: boas relações interpessoais existentes na equipa de Enfermagem; as óptimas infra-estruturas da unidade para o desenvolvimento do cuidado; o trabalho multidisciplinar; a melhoria na organização, dinâmica e funcionamento da unidade e a contratualização de mais recursos humanos. O ambiente profissional na UCC origina nos(as) participantes uma sensação de bem-estar, encarando o seu trabalho com maior contentamento. Ao estarem felizes e satisfeitos com o trabalho na unidade, identificam-se com o seu local de trabalho, mesmo que seja só a tempo parcial. Para os(as) enfermeiros(as) com este regime de trabalho, estar na UCC transcende a ideia do “segundo emprego”, existindo uma entrega verdadeira aos CCE, declarando que o fazem com gosto.

“Eu acho que as pessoas estão satisfeitas por trabalhar na unidade. Depois tu chegas lá, não vês uma pessoa com mau humor, com mau feitio. As pessoas chegam lá, (unidade) fazem-te perguntas, nós sorrimos, é totalmente diferente. É, não sei, parece que cativa, não te sei explicar. Mas andamos sempre alegres, sempre contentes” (EnfF2).

“Por exemplo, os cuidados tiveram uma grande evolução, vou-te ser sincero, quando eu vim para cá tínhamos 40 doentes no serviço de continuados, e dois enfermeiros. Nós não prestávamos cuidados de higiene. O nosso papel era pensos, medicação, sondas, supervisão e pouco mais, tentávamos ajudar no que era possível e pronto. Sinto que evoluiu de forma favorável a prestação de cuidados” (EnfM4).

A visão dos(as) enfermeiros(as) sobre o cuidado que desenvolvem na UCC é positiva. Valorizam o que fazem e consideram os CCE como “pilares” na RNCCI. Associada a esta visão, está a satisfação pessoal e profissional em trabalhar nas UCC, contribuindo para este facto as melhorias das condições e a organização do trabalho, a excelência das instalações, as relações interpessoais estabelecidas na equipa e uma maior aposta na dotação de recursos humanos.

### **5.3.1. Cuidados continuados de enfermagem à pessoa idosa: objectivo central e específicos**

Os(as) participantes nos seus depoimentos relatam as suas concepções sobre o cuidado que desenvolvem na unidade, enfatizando o objectivo central e os específicos, apresentados seguidamente.

#### *Objectivo central*

Para os(as) enfermeiros(as), o objectivo central dos CCE é promover a independência e a autonomia das pessoas idosas. Sete enfermeiros(as), dos quais três são do sexo masculino, ao referirem-se às suas experiências na unidade, reiteram o seu papel na “recuperação”, reabilitação e readaptação das pessoas idosas. Ao se depararem com uma população internada dependente, os(as) enfermeiros(as) desenvolvem o cuidado com o objectivo de reverter esta situação ou, de pelo menos, minimizar o seu impacto na vida das pessoas idosas. Deste modo, os(as) participantes procuram inovar e redireccionar o cuidado de enfermagem ao contexto e realidade das pessoas internadas na unidade. Compreendem que este processo tem de incluir uma abordagem integral e não se restringir exclusivamente à perda de funcionalidade física. A “recuperação” social e emocional acrescenta aos CCE uma visão multidimensional, que transcende a dependência enquanto impossibilidade para realizar as actividades de vida diária. No entanto, estes(as) enfermeiros(as), mesmo reconhecendo a importância da “recuperação” da independência e autonomia, admitem que poderiam investir mais nesta abordagem de cuidado. Também admitem que ainda existe uma centralidade na doença e que o modelo biomédico e os CCE são visões diferenciadas, pelo que este último caminha em direcção à promoção da saúde, prevenção da doença, independência e autonomia.

“O objectivo é tentar que eles consigam fazer as coisas sozinhos. Sejam o mais independente possível na satisfação das suas necessidades e que não necessitem dos nossos cuidados para as realizar” (EnfF1).

Estar presente, observar e participar na progressão para a independência das pessoas idosas, com todas as implicações que isso tem na qualidade de vida destas pessoas, é vivido como algo muito positivo, agradável e gratificante. Os CCE possibilitam fazer esta caminhada com a pessoa idosa, partilhando com ela as suas conquistas, algo que é mais difícil de experienciar nas unidades hospitalares.

“Aqui vejo a melhoria dos doentes. Se calhar é essa parte a mais gratificante para mim. É ver os doentes a recuperarem e a saírem daqui com alguma qualidade de vida, aspecto este, que não consigo perceber no hospital” (EnfF5).

Contudo, quando esta caminhada não é possível, os(as) participantes, em especial, os do sexo masculino, enfatizam a impossibilidade ou a remota possibilidade de promoção da independência na unidade. Apercebem-se desta realidade na altura da admissão das pessoas, quando se deparam com o elevado grau de dependência de que são portadoras. Para os(as) participantes, fica claro que a “fronteira” que delimita a impossibilidade da possibilidade de promoção da independência da pessoa idosa é o seu diagnóstico e a condição no momento do seu internamento na unidade.

“Por vezes, o potencial de reabilitação de muitos doentes aqui internados é zero, tanto à entrada como à saída. Tanto as equipas que mandam os doentes para cá sabem disso, como nós quando os recebemos sabemos disso. Mesmo investindo nesses doentes, sabemos à partida que o potencial é pequeno e também os resultados serão pequenos” (EnfM3).

Quando o grau de dependência é elevado, as expectativas dos(as) enfermeiros(as) em relação ao papel dos cuidados continuados é menos optimista. Este facto denota que as suas concepções centram-se, essencialmente, na reabilitação e na readaptação das pessoas. Só um enfermeiro faz referência aos cuidados continuados como um recurso que possibilita a melhoria da qualidade de vida em situações irrecuperáveis, como se constata na seguinte citação.

“Antigamente as pessoas iam para casa, é verdade. Tinham que ir, pois não havia esta situação. Agora existe. Para algumas pessoas melhorou-se a qualidade de vida. Em outras não se pode melhorar a qualidade de vida, mas pelo menos dá-se alguma qualidade de vida enquanto as pessoas cá estão” (EnfM2).

O sucesso dos CCE é decorrente, em grande parte, da relação entre enfermeiro(a) e pessoa idosa. Esta relação é influenciada pelo grau de dependência da pessoa à entrada e pela sua motivação durante o internamento. Esta percepção pode, na visão de determinados(as) participantes, implicar em maior ou menor envolvimento e investimento no cuidado e, consequente, reabilitação da pessoa idosa.

“Não faço muita distinção entre os mais idosos e as outras pessoas. Depende muito das limitações deles. Aqueles que têm capacidade a gente acaba por puxar mais por eles, sejam mais idosos, ou mais novos. [...] Os que estão numa de hotel é naquela. Dá-me gozo trabalhar com os outros, nós estimulamo-los e vê-se logo a resposta,

imediatamente como quem diz. A médio e a longo prazo, nós vemos que as pessoas que entraram para cá para se recuperar, esforçam-se e conseguem ter uma evolução favorável e positiva” (EnfM1).

A centralidade da promoção da independência e da autonomia nos cuidados continuados pode reduzir a abrangência da sua concepção, tornando inefectiva a provisão e a manutenção do conforto e da qualidade de vida em situações irrecuperáveis. Este é um risco presente no depoimento de alguns participantes.

A consecução do objectivo central dos CCE é atingida através dos objectivos específicos, expostos a seguir.

### *Objectivos específicos*

Para a consecução do objectivo central, emergem dos discursos dos(as) participantes seis objectivos específicos, imprescindíveis no desenvolvimento dos CCE: *I - Centrar os CCE na pessoa e na família/cuidador informal; II- Reafirmar o potencial das pessoas idosas; III - Construir novo(s) significado(s) de vida com a pessoa idosa; IV – Promover cuidado de si, com a pessoa idosa; V – Desenvolver uma abordagem multidisciplinar; VI– Valorizar e desenvolver a capacitação para os CCE.* Ao identificarem estes objectivos, os(as) enfermeiros(as) estão conscientes da imagem social que ainda subsiste sobre o envelhecimento. Esta imagem está associada à dependência e à pouca participação no cuidado, o que se reflecte na própria pessoa idosa e na família. Para ultrapassar esta situação, é importante os(as) enfermeiros(as), em primeiro lugar, centrarem o cuidado na pessoa idosa e na família.

#### *I – Centrar os CCE na pessoa e na família/cuidador informal*

A maioria dos(as) enfermeiros(as) (n=11) que trabalham nesta unidade estão despertos(as) para a importância deste objectivo, referindo-o como essencial e primordial. Por este facto, estes(as) participantes relatam a importância de reconhecerem a individualidade inerente a cada ser humano. Sete enfermeiros(as), dos quais cinco do sexo feminino, relatam a imperiosa necessidade dos CCE se centrarem na pessoa, procurando transpor esta ideia na prática. Nos seus depoimentos têm uma visão integral da pessoa, refutando a visão fragmentada e instrumentalista do cuidado. Evidenciam que o encontro com diferentes pessoas implica conviver e lidar com diferentes formas de ser e estar no mundo, o que acarreta desafios e ao mesmo tempo crescimento pessoal e profissional.

Ao considerarem a integralidade do cuidado, estes(as) participantes reconhecem a complexidade do ser humano, através dos diversificados marcadores sociais, como por exemplo, idade, género, cultura, raça, etnia, os quais são determinantes para o desenvolvimento do cuidado

integral à pessoa. A desconsideração destas e de outras características conduz a acções selectivas, reducionista e fragmentadas da pessoa e do cuidado. Todavia, reconhecem que na sua prática quotidiana nem sempre compreendem e consideram todas estas características.

“As necessidades das pessoas idosas são diferentes das outras pessoas. É completamente diferente, inerente à idade. Existem muitas diferenças que nós (enfermeiros(as)) não compreendemos” (EnfF6).

Para além de centrar o cuidado na pessoa, a maioria dos(as) enfermeiros(as) (n=8) enfatizam a parceria com a família como determinante e desejável nos CCE. Os(as) participantes reconhecem a importância do envolvimento da família, pelo que nos seus depoimentos expressam as vantagens que isso tem para as pessoas idosas e os seus cuidadores/familiares. De entre estas vantagens, destacam a possibilidade de reorganização da família face à necessidade de cuidar a sua pessoa idosa, aquando da alta. Estando consciente disso, reiteram o esforço que fazem para integrar a família no cuidado do seu familiar. Consideram que este trabalho de parceria é crucial para o regresso do utente a casa, capacitando-os para a continuação do cuidado. O horário alargado das visitas reflecte esta preocupação e os(as) participantes estão conscientes da sua importância, considerando que isso é uma mais-valia para envolver a família no cuidado.

“Também acho importante a presença da família. [...] Nós temos sempre que integrar e orientar o doente e a família para a alta. Tentamos sempre integrar a família, porque o doente acaba por ir embora. Porque a longa duração tem poucas vagas, quando há, por norma é porque alguém deve ter morrido. [...] E o que acontece é que nós tentamos sempre integrar a família o melhor que a gente pode, para o doente poder ir para casa, para junto do seio da família. A família deve ter alguns conhecimentos para dar continuidade aos cuidados. Resumidamente, o que é importante é nós orientamos e integramos a família no processo de cuidados, para que o doente possa ter alta.” (EnfM2).

Este objectivo é referido pelos(as) enfermeiros(as) como um pilar essencial no desenvolvimento dos CCE, embora na prática identificam que nem sempre conseguem efectivar a parceria com a família.

## *II – Reafirmar o potencial da pessoa idosa*

Os(as) enfermeiros(as) (n=8), no desenvolvimento do cuidado, procuram estimular, incentivar e motivar a pessoa idosa dependente a realizar as actividades. Estas intervenções são entendidas como um reforço positivo, uma esperança partilhada com as pessoas dependentes. Os(as) participantes, ao afirmarem estas intervenções pretendem desmistificar a naturalização da dependência da pessoa idosa, ajudando-as a pensar e agir de forma optimista. Procuram, deste modo, desconstruir as imagens sociais negativas junto das pessoas idosas e famílias, reafirmando o potencial das primeiras para a independência e autonomia. Ao desenvolverem esta intervenção,

reconhecem que estão com a pessoa, acreditando e confiando nas suas capacidades e potencialidades.

“Nós tentamos incentivá-los a fazer tudo que eles podem. Alguns não gostam, mas vão aceitando. Com o tempo, vão realmente vendo que é o melhor para eles. [...] Nós tentamos motivar o doente, incentivá-lo a fazer as actividades, a ser independente nos cuidados que ele consiga realizá-los sozinho. Nós tentamos que ele faça tudo (EnfF2).

Ao reafirmarem o potencial da pessoa idosa, os(as) enfermeiros(as) procuram desconstruir a imagem social dominante a ela associada, muitas vezes existentes na própria família. Este objectivo é crucial e um desafio nos CCE para interromper o ciclo negativo do auto-reconhecimento da dependência da pessoa idosa, por ela mesma e pela família. Os CCE, ao reafirmar o potencial da pessoa idosa, levam à descoberta e ao auto-conhecimento, de uma forma positiva e construtiva das potencialidades e capacidades que a pessoa idosa detém.

### *III – Construir novo(s) significado(s) de vida com a pessoa idosa*

A pessoa idosa, ao deparar-se com as limitações decorrentes da doença, experiencia sentimentos de desalento e desesperança. Estes sentimentos potencializam a falta de interesse na recuperação e de participação no cuidado. Diante das perdas, os(as) enfermeiros(as) procuram mostrar que há alternativas, que a pessoa idosa ainda é capaz de encontrar um novo significado para a vida, aprendendo a conviver com as perdas e a olhar de forma optimista os ganhos. Estando conscientes disso, os(as) participantes desenvolvem um cuidado que busca atender às limitações da pessoa idosa, procurando encontrar alternativas a essas situações. Este objectivo foi referido por nove enfermeiros(as), dos quais, cinco são do sexo feminino. Deste modo, os(as) enfermeiros(as) promovem a readaptação da pessoa idosa às suas incapacidades e procuram que esta pessoa esteja consciente dos seus défices, não de uma forma negativa e derrotista, mas procurando encontrar soluções e alternativas para que de forma independente consiga cuidar de si.

“No caso de um doente com um AVC (Acidente Vascular Cerebral) que fica hemiparésico, tem que começar a desenvolver a mão esquerda para comer, para se pentear, no fundo para as coisas do dia-a-dia. A nossa função é mesmo essa, eles têm fisioterapia, mas um bocadinho ao longo do dia, enquanto nós estamos cá 24 horas. Somos nós que os lavamos, que os tiramos da cama, que os alimentamos. É quase “ensinar” ou reaprender a viver” (EnfF5).

Os(as) participantes exploram com a pessoa “novos caminhos e alternativas” para uma vida com mais qualidade, independência e autonomia. Procuram mostrar que a pessoa, ao longo da sua vida, já ultrapassou situações igualmente difíceis e poderá fazê-lo agora. Deste modo, ajudam-na, nesta fase, a encontrar novas possibilidades, readaptando-se às perdas e focalizando os ganhos alcançados e que ainda podem vir a alcançar.

#### *IV – Promover o cuidado de si, com a pessoa idosa*

Para alcançar o objectivo central dos CCE, os(as) enfermeiros(as) (n=7) destacam a importância de promover, na pessoa idosa, o cuidado de si. Deste modo, ao desenvolverem os CCE, enfatizam a participação activa da pessoa idosa nas actividades de vida diária. Os(as) enfermeiros(as) procuram explorar com a pessoa idosa tudo aquilo que elas podem fazer para promover o seu cuidado e alcançar uma melhor qualidade de vida. Contudo, relatam a tendência de alguns profissionais, com destaque para os(as) auxiliares de acção médica, a fazerem pelas pessoas idosas aquilo que elas podem fazer por si. Entendem que estes comportamentos dificultam a progressão da dependência para a independência, pelo que tentam contrariar essa realidade.

“Eu irei apenas substituir o utente naquilo que ele não é capaz de fazer e o objectivo é que seja durante o menos tempo possível. Isto é, reforçar, estimular e incentivar sempre a pessoa a evoluir. A readaptar-se à nova situação, a readquirir alguma coisa que já perdeu” (EnfM4).

Promover o cuidado de si é expresso nos depoimentos dos(as) enfermeiros(as) como condição *sine qua non* para a independência da pessoa idosa. Este constitui um duplo desafio. Por um lado, conjuntamente com a pessoa idosa e a família é necessário explorar ao máximo todas as actividades que ela consegue realizar para cuidar de si. Por outro, modificar alguns comportamentos dos profissionais de saúde, em que a substituição da pessoa idosa no cuidado é um retrocesso na consecução deste objectivo, comprometendo deste modo, a promoção da autonomia e da independência.

#### *VI – Desenvolver uma abordagem multidisciplinar*

Os(as) enfermeiros(as) (n=8), relativamente ao trabalho multidisciplinar, referem que conhecem os diferentes profissionais que compõem a equipa, o que facilita a articulação, a cooperação e a interacção entre todos os profissionais. Deste modo, trabalhar em equipa é relatado como uma experiência positiva. Os(as) participantes, ao verbalizarem a multidisciplinaridade, destacam a interajuda entre os diferentes profissionais que trabalham na unidade e a complementaridade dos diferentes domínios profissionais. A existência de uma reunião semanal com a equipa de gestão de altas da unidade (constituída por um representante de cada grupo profissional) contribui para uma maior articulação multiprofissional. As relações harmoniosas e profissionais com os restantes elementos levam-nos também a considerar o trabalho em equipa como uma mais-valia para os CCE.

“Ao nível do curso de licenciatura, eu nunca tive uma grande relação com outros profissionais, assistentes sociais, fisioterapeutas. Existia uma relação muito ténue, muito discreta, aqui nós tentamos articular-nos ao máximo com os outros profissionais para que o nosso trabalho seja complementar com o deles e vice-versa” (EnfM5).

As interações no seio da equipa multidisciplinar são relatadas como horizontais, colocando todos numa situação de igualdade. Comparando com as equipas hospitalares, referem que, nestas unidades de saúde, as relações são mais verticalizadas e hierarquizadas, em que as diferenças entre os profissionais são evidentes e desagregadoras. O clima de igualdade vivido na UCC reforça e contribui para que o trabalho em equipa seja considerado como central nos cuidados continuados, como destaca o seguinte excerto.

“Não se nota, o médico é o médico, o enfermeiro é o enfermeiro, e o auxiliar é o auxiliar. Damo-nos todos, falamos todos muito acerca do doente, das necessidades dele. Se os familiares vêm, falamos - olhe que ele precisa disto. Falamos com os médicos. Não tenho razão de queixa nenhuma. Funciona mesmo como uma equipa multidisciplinar, o que é raro. No hospital há uma diferença muito marcada, entre o médico, enfermeiro e auxiliar, lá [unidade] não” (EnfF2).

Apesar destes aspectos positivos, transparece no depoimento dos(as) enfermeiros(as) duas limitações: 1) fragmentação do trabalho desenvolvido pela equipa multidisciplinar, restringindo-se às diferentes áreas de intervenção de cada profissional. Ao trabalharem de forma isolada, as práticas multidisciplinares não têm em conta a problemática comum em torno da pessoa idosa. Procuram colmatar este facto com a existência de uma reunião semanal entre todos os elementos da equipa e; 2) ausência de registos escritos durante estas reuniões, o que dificulta uma maior cooperação, comunicação e participação dos profissionais em torno de objectivos comuns.

“Nem sempre isso é feito no papel, porque às vezes, é mais conveniente fazê-lo pessoalmente com o médico ou o fisioterapeuta ou com a assistente social. Toda a situação que envolve o doente depende da situação dele em casa. Isso influencia bastante a recuperação dele aqui. Nesse caso, as assistentes sociais é que trabalham com as famílias dos doentes. É muito importante para a recuperação dele. O enfermeiro tem um papel que passa pela prestação dos cuidados ao doente. Não envolve, tanto quanto o desejável, a parte social, a parte psicológica, porque também temos profissionais que nesse sentido apostam mais nos doentes, como as assistentes sociais, os psicólogos e os fisioterapeutas” (EnfM3).

A abordagem multidisciplinar é identificada como uma mais-valia nos CCE. No entanto, este objectivo embora seja desejado e importante para os CCE, ainda está por ser efectivado no quotidiano das práticas dos(as) diferentes profissionais.

#### *VI – Valorizar e desenvolver a capacitação contínua para os CCE*

A valorização e o desenvolvimento da capacitação é um objectivo dos CCE que é referido por todos(as) os(as) participantes. Afirmam a importância da capacitação profissional e de como isso é determinante para o desenvolvimento dos CCE. Contudo, relatam as escassas oportunidades e condições de capacitação, ficando patente que o “percurso formativo” é insuficiente ou mesmo inexistente. Os(as) participantes identificam que não há investimento na capacitação dos mesmos, nem são criadas condições para que tal aconteça. Referem que esta situação é potenciada pela(o):



falta de profissionais; ausência de um responsável para dinamizar e promover essas acções de formação; escasso apoio da Rede e/ou instituição; falta de informação e desinteresse das chefias de Enfermagem.

“Nós aqui não temos formação nenhuma. Nunca fiz nenhuma formação, nem tenho conhecimento de formações que tenham existido, aqui” (EnfF6).

As questões da capacitação não envolvem só os(as) enfermeiros(as). Estes(as), mais concretamente, os(as) que trabalham a tempo parcial, referem a pouca formação dos auxiliares no cuidado. A compreensão da falta de capacitação parece estar relacionada com o facto de terem mais tempo de experiência e outra referência (cuidado hospitalar), que lhes permite ajuizar sobre este ponto. Nos seus depoimentos, os(as) enfermeiros(as) deparam-se com auxiliares sem qualquer tipo de formação, e que muito pouco tem sido feito para mudar essa situação. Consideram que a situação em alguns casos é dramática, pois reflecte-se na colaboração destes profissionais durante o desenvolvimento dos CCE.

“A falta de formação dos auxiliares foi dramática. Isso foi terrível. Foi uma luta no início. São pessoas que nunca tiveram nenhuma formação, notamos muito isso. [...] Acho que investiram pouco na formação dos auxiliares. Embora nós tivéssemos lutado para que isso acontecesse, mas nós não mandamos. Estão lá superiores hierárquicos. Mas sempre dizemos que eles deveriam ter formação, nos posicionamentos, na alimentação, sei lá, em tudo” (EnfF2).

Nos seus depoimentos os(as) participantes identificam que a falta de capacitação é uma realidade com que se deparam na UCC. Afirmam a importância de valorizar e de desenvolverem capacitação contínua para conseguirem proporcionar uns CCE com mais qualidade.

#### 5.4. CUIDADOS CONTINUADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA: DIMENSÕES INTEGRANTES

Nos discursos dos(as) participantes sobre o desenvolvimento dos CCE, emergem as seguintes dimensões do cuidado: a cognitiva, a afectiva/expressiva e a técnica/instrumental. Estas dimensões dos CCE, embora descritas separadamente, ocorrem de forma interligada, numa perspectiva unificada, interrelacionada e interdependente. Deste modo, todas as dimensões têm um contributo essencial para o cuidado enquanto processo complexo e integral.

##### 5.4.1. Dimensão cognitiva

Nesta dimensão, os(as) enfermeiros(as) destacam o método individual de trabalho. Este método possibilita uma personalização, individualização e integralidade dos CCE. Deste modo, enunciam como vantagens deste método: o conhecimento das pessoas internadas na unidade e uma maior coordenação entre o(a) enfermeiro(a) e os auxiliares de acção médica.

“Nós usamos o método individual de trabalho. Temos uma coisa que eu acho excelente, porque nunca tinha passado por nenhum serviço onde me apercebesse que isto acontecesse, mas é possível. Há uma distribuição normal de enfermeiros pelos doentes e há a distribuição dos auxiliares pelos enfermeiros, cada um de nós tem um auxiliar connosco, portanto nós trabalhamos a par, um enfermeiro um auxiliar” (EnfF7).

Considerando que na unidade o método de trabalho idealizado é o individual, os(as) participantes referem que este método facilita uma melhor organização e estruturação do cuidado. Tendo presente a organização e estruturação do cuidado, os(as) enfermeiros(as) enfatizam a importância do planeamento dos CCE. Este planeamento é crucial para que consigam satisfazer as prioridades do cuidado e coordenar a sua continuidade com os restantes profissionais da unidade. O estabelecimento das prioridades baseia-se na avaliação da pessoa e nas solicitações da mesma.

“Fazer tudo aquilo que é necessário quando os doentes chegam aqui. Nós temos planeado os cuidados para que eles sejam realizados. É isso que eu tento fazer” (EnfF3).

Ao planear os CCE, os(as) participantes referem que é essencial realizar uma avaliação das prioridades do cuidado, implementar as intervenções, e registar e avaliar o cuidado que desenvolvem. Destacam que a avaliação e o registo das intervenções são determinantes para a continuidade e desenvolvimento do cuidado. Deste modo, o planeamento é considerado um instrumento que possibilita aos(as) enfermeiros(as) “gerir os CCE”. O desenvolvimento desta capacidade está associada à experiência profissional e às condições adversas com as quais os(as) enfermeiros(as) se deparam na UCC (falta de enfermeiros(as)). Voluntariamente ou não, estes profissionais ao planearem o cuidado, têm como objectivo conseguir gerir o seu tempo, para desenvolver os CCE de forma realista e exequível.

“Tento planear bem os meus cuidados, definir prioridades, definir situações em que devo intervir, prioritariamente, de uma forma eficaz e o mais duradoura possível, que permita ao doente ultrapassar a sua situação clínica. Basicamente, consiste num bom planeamento de cuidados. Sinto que sou capaz, já com alguma experiência que tenho, consigo planear os cuidados e diferenciar bem as situações que devo intervir logo e quais as que eu posso intervir mais tarde. Em que situações posso pedir colaboração” (EnfM4).

Dentro da dimensão cognitiva, o processo de aprendizagem é estruturante para desenvolver competências e adquirir novos conhecimentos. Todos os(as) participantes referem diferentes formas de aprendizagem, nomeadamente, através do contacto com as pessoas idosas, pelo conhecimento adquirido através da experiência profissional e na partilha de experiências e saberes com os(as) colegas.

O contacto com as pessoas idosas possibilita adquirir novos conhecimentos para desenvolver os CCE. Consideram esta aprendizagem como uma descoberta contínua, possibilitando aos(as) participantes adaptar-se ao doente e às suas prioridades de cuidado.

“Vamos descobrindo o cuidado com eles, à medida que as coisas vão acontecendo. Isso leva o pessoal de enfermagem que cá está, a ter de se adaptar aos doentes que chegam e às situações que aparecem” (EnfM3).

A aprendizagem, na e pela experiência profissional, é a mais referida pelos(as) enfermeiros(as) que trabalham na unidade a tempo parcial. Os conhecimentos resultantes da sua experiência, em especial nos serviços de ortopedia e neurologia, ajudam-nos no desenvolvimento dos CCE e no apoio as colegas que trabalham na unidade a tempo inteiro. A experiência possibilita desenvolver procedimentos técnicos com uma maior destreza, rapidez, precisão e perícia, sendo motivo de reconhecimento e apreço pelos restantes enfermeiros(as).

“A minha experiência do hospital também contou muito, ajudou-me a organizar e adaptar ao trabalho na unidade. [...] Nós temos um papel fundamental na ajuda aos colegas devido à nossa experiência. Eu sou a pessoa ali [unidade] que trabalha há mais tempo. Não tenho dificuldade em colher sangue, em posicionar, em colocar soros, em colocar sondas. [...] Tenho um colega, faço muitos turnos com ele, que me diz realmente sabes muito, tens uma experiência diferente da minha” (EnfF2).

A aprendizagem com os colegas é a mais expressa pelos(as) participantes (n=9), em especial, pelas enfermeiras (n=6). A experiência profissional diversificada, a disponibilidade para ensinar, a proximidade etária dos(as) enfermeiros(as) e as relações harmoniosas entre eles são facilitadores deste tipo de aprendizagem. Aprender com o outro tem especial significado para os(as) enfermeiros(as) a tempo completo na unidade. Identificam os colegas a tempo parcial como detentores de uma larga experiência e conhecimentos, intrínsecos ao trabalho que desenvolvem em unidades hospitalares. Existe uma relação mútua, em que cada um contribui com os seus conhecimentos para o enriquecimento e capacitação do outro.

“Tento aprender algumas coisas com os colegas que estão nessa área, porque nunca passei na ortopedia e aquilo era-me completamente estranho. [...] As aprendizagens são facilitadas pela experiência dos colegas. Eu vejo isso pela minha área, pelo contributo que dou aos colegas por trabalhar na área de neurologia” (EnfF5).

“Às vezes só temos tempo para reflectir quando as coisas já aconteceram ou quando as coisas nos acontecem a nós. Acho que é isso que falta. É reflectir sobre aquilo que fizemos, ter tempo para isso” (EnfF3).

A construção dos CCE resultam do método individual de trabalho, do planeamento do cuidado e de diferentes fontes de aprendizagem.

#### **5.4.2. Dimensão afectiva/expressiva**

A dimensão afectiva/expressiva é a mais destacada nos depoimentos dos(as) participantes. Ao relatarem os CCE com enfoque nesta dimensão, evidenciam a comunicação, a relação empática e de confiança com a pessoa idosa e família, a afectividade e a presença verdadeira como forma de humanização da abordagem dos cuidados.

A comunicação com a pessoa idosa é extremamente relevante e central nos CCE, sendo relatada por onze enfermeiros(as). A comunicação é expressa pela capacidade de dialogar e escutar a pessoa idosa e sua família. Reconhecem o papel terapêutico destas capacidades, particularmente, através do apoio psicológico à pessoa idosa. Para além disso, os(as) enfermeiros(as) utilizam esta capacidade comunicacional para identificar e resolver problemas, partilhar experiências e histórias. Possibilita ainda, conhecer e estar mais próximo da pessoa idosa, demonstrando preocupação e atenção para com ela.

“Quando eu tenho um utente, que naquele momento precisa que eu esteja ali, que converse com ele. Um exemplo há uns 2 ou 3 dias, uma utente que andava muito agitada, deprimida dizia que tinha uma aflição, que não sabia o que era. Houve uma altura em que os ansiolíticos não resultavam. A senhora acordava durante a noite e dizia que tinha aquela aflição. Que, se calhar, era da medicação que tomava. Houve uma altura em que eu achei que deveria chegar ao pé dela e perguntar - “Mas o que é que se passa realmente”. Estive a falar com a senhora uns 20 a 30 minutos, a tentar perceber o que se passava, porquê que ela se mostrava tão ansiosa e acabei por perceber. Aquilo que a preocupava era o facto de estar perto do dia da alta e não ir para casa dela, mas para a casa do filho. Iria dar trabalho ao filho e era por isso que ela andava há tantos dias assim. Chorava e dizia que não sabia porquê. Nesse dia eu achei que eu devia falar com ela e ouvir o que ela sentia, talvez eu pudesse ajudar, e não era preciso ansiolíticos” (EnfF3).

Estando conscientes dos diferentes tipos de comunicação, os(as) enfermeiros(as) procuram atender as limitações das pessoas idosas, adoptando estratégias comunicacionais que possibilitem o entendimento mútuo. As estratégias adoptadas são: utilizar linguagem mais acessível, falar mais calmamente e a mímica.

“A comunicação, aqui, se tem estabelecido de uma forma o mais eficaz possível, tendo em conta a especificidade dos doentes. Doentes muito acamados, com alterações ao nível da fala, mas penso que têm sido aplicados instrumentos que dão respostas às solicitações. Tais como, falar mais calmamente, ou utilizar outro tipo de linguagem” (EnfM5).

A comunicação surge nos depoimentos dos(as) participantes como umas das intervenções essenciais para estabelecer uma relação com a pessoa idosa e sua família. O tempo de internamento mais prolongado na unidade possibilita o estabelecimento de uma relação de confiança entre as pessoas idosas e/ou familiares e os(as) enfermeiros(as). Esta relação de confiança alicerça-se no conhecimento mútuo, na relação de proximidade e na compreensão das prioridades de cuidado da pessoa idosa. Os(as) enfermeiros(as) que trabalham a tempo parcial na unidade são os que mais mencionam esta relação. Segundo eles, no hospital os períodos de internamento são mais curtos e as pessoas estão mais ansiosas e apreensivas relativamente à sua situação clínica. Estes aspectos dificultam o estabelecimento de uma relação de confiança, comparativamente com a UCC. As pessoas idosas ao reconhecerem os(as) enfermeiros(as), sentem-se mais seguras e confiantes com o cuidado. Estas características, na opinião destes(as) participantes, proporcionam uma maior

colaboração no cuidado, sendo um importante factor para uma recuperação e reabilitação mais rápida e com melhores resultados.

“Tendo nós um período de internamento definido, que passa por 30 dias ou 90 dias é muito mais fácil estabelecer qualquer relação de confiança, com o doente ou familiar. Se isso acontecer é normal que a reabilitação desse doente se possa fazer com muito mais rapidez e com a colaboração do próprio doente. É normal que se faça com muito mais resultados, do que, sem colaboração deles, não é” (EnfM3).

A relação enfermeiro(a) - pessoa idosa, para as enfermeiras é um requisito para a humanização do cuidado. A humanização é caracterizada através da relação de ajuda, do carinho, do afecto, da solicitude, da boa disposição e do interesse pelo outro. Ao destacarem estas características, as enfermeiras referem que as pessoas idosas valorizam muito a atitude humana dos(as) enfermeiros(as).

“Acho que neste local há uma grande preocupação a nível humano” (EnfF7).

Considerando a relação e a comunicação enfermeiro(a) – pessoa idosa), os(as) participantes estão conscientes que estas só são possíveis quando estão presentes verdadeiramente no cuidado. Deste modo, onze enfermeiros(as), dos quais sete são enfermeiras, destacam a presença verdadeira durante o desenvolvimento do cuidado na unidade. A presença verdadeira é descrita através da proximidade, disponibilidade, afectividade, atenção, preocupação e conhecimento do *Outro*. Os(as) enfermeiros(as) consideram que estão mais próximos das pessoas idosas, não só por estarem na unidade 24h/24h, mas porque são as primeiras pessoas a quem as pessoas idosas recorrem. A proximidade transcende a proximidade física e o espaço, estando envolta no conhecimento e entendimento das necessidades e problemas da pessoa idosa.

“Na unidade somos muito delicados aos doentes. Nós temos os nossos doentes, como no hospital, distribuídos. Mesmo a distribuição da enfermaria permite que estejamos em contacto com o doente. Não temos doentes vindo da urgência, não temos médicos a pedir tudo e mais alguma coisa, e passamos muito tempo com o doente. Acho que isso é positivo. Acho que eles se sentem muito protegidos por nós” (EnfF2).

A afectividade é caracterizada através do carinho, da atenção, do sorriso, do toque e da boa disposição. A afectividade entre enfermeiro(a) e a pessoa idosa origina um sentimento de estima, afeiçoamento e amparo mútuo. Estes sentimentos são tão intensos, que os(as) enfermeiros(as) fazem referência à atmosfera familiar que envolve os CCE, considerando as pessoas idosas como parte da sua família.

“É essa a experiência que tenho. Eles acabam por se afeiçoar a nós, e nós também afeiçoamo-nos a eles. [...] De um modo geral, para além de tratá-los na higiene, alimentação, medicação, e outros procedimentos, somos uma “família” que lhes dá carinho e dois “dedos de conversa. [...] Um sorriso, um toque, em determinadas situações, fazem mais que um medicamento dado depressa” (EnfF1).

Esta atmosfera familiar é potenciada pela escassa rede de apoio social e familiar de algumas pessoas idosas. Deste modo, entendem que estas pessoas idosas necessitam de mais atenção no desenvolvimento do cuidado. Consideram que “a atenção para com a pessoa idosa” é uma intervenção importante para eles, no desenvolvimento dos CCE. Perante a necessidade de atenção das pessoas idosas e reconhecendo a relevância que isso tem para eles, os(as) enfermeiros(as) procuram estar, dialogar e interessar-se por elas.

“Para além disso, eu acho que também necessitam de uma atenção acrescida, porque nós, infelizmente, temos muitos idosos que vêm para cá por problemas sociais. Como deves saber, os cuidados continuados não são só cuidados de saúde, têm uma grande componente de cuidados sociais. Algumas situações estão relacionadas com um défice de apoio social. Acho que as pessoas manifestam directa ou indirectamente essa necessidade do respeito, da atenção, da proximidade, porque não têm mais ninguém e nota-se claramente isso” (EnfM5).

As pessoas idosas expressam e solicitam esta atenção aos(às) enfermeiros(as). Nos relatos, os(as) participantes mencionam que, muitas vezes, as pessoas solicitam a presença do enfermeiro(a) para terem alguém que lhes faça companhia, que converse com elas. Os(as) enfermeiros(as) sentem que são a companhia que não têm, a família que não aparece. A atenção para com a pessoa idosa, expressa o estar-com-o-outro, transmite-lhes a sensação de que os(as) enfermeiros(as) se preocupam com eles.

“Nós tentamos fazer o papel que os familiares não conseguem. Acompanhando-os, falando com eles, perguntando sobre certas histórias, recordando o que já foram. Por vezes, também é mau porque ficam mais deprimidos. Por outro lado, também é bom que eles se lembrem do que fizeram, o que foram e que também são alguém” (EnfF5).

A empatia durante o desenvolvimento dos CCE é expressa por seis participantes, sendo descrita pela capacidade de se “colocar no lugar do outro”. Esta capacidade surge nos depoimentos dos(as) enfermeiros(as) de duas formas distintas. A primeira consiste em imaginar como gostariam de ser cuidados quando envelhecerem, como se depreende do excerto seguinte:

“Considero que procedo com eles da mesma maneira que gostava que procedessem comigo daqui a uns anos. Que me tratassem com carinho e respeito. Que não me tratassem como um objecto, como uma coisa que está ali. É isso que tento. Eu gostava que fizessem isso comigo, por isso procuro fazer isso com elas. Daqui a uns anos, espero que alguém me faça o mesmo” (EnfF1).

A segunda está intimamente ligado à história pessoal e familiar dos(as) enfermeiros(as). O contacto com pessoas idosas com que se tem uma relação afectiva, como é o caso dos avós e dos pais, desperta sentimentos de maior empatia em relação às pessoas idosas. Os(as) participantes têm um outro olhar sobre a pessoa, sobre os seus problemas e o cuidado que desenvolvem. As pessoas idosas “personificam” a avó, o avô, a mãe e o pai. Para além disso, vivem no presente as necessidades dos seus familiares, compreendendo de forma mais autêntica os problemas das pessoas idosas internadas na unidade. Este facto repercute-se no desenvolvimento dos CCE, pelo

que, os(as) participantes projectam no cuidado os aspectos que gostariam que fizessem, ou então, aquilo que não gostariam que fizessem aos seus familiares.

“Neste momento tenho um avô com Alzheimer, que era um homem extremamente activo, que eu comecei a vê-lo a tornar-se cada vez mais dependente. Há duas semanas, o meu outro avô teve dois AVC. Neste momento ele está quase igual ao que tem Alzheimer. Está muito mais dependente. Quem não saiba que ele teve dois AVC, diz que ele está demente. Ultimamente quando eu estou com os doentes, penso eu devia fazer isto porque era aquilo que gostaria que os meus colegas fizessem ao meu avô. Já aconteceu várias vezes. Há tempos tive um doente na noite, às 5 horas já estava cansada, a olhar para o relógio, que gritou, gritou, gritou. A minha vontade era não lhe ligar, para ver se ele desistia. Mas a dada altura lembrei-me dos meus avós. Fui ao pé dele, ainda estive lá um bocado ao pé dele, para ver se ele acalmava. Não resultou, mas eu esforcei-me para isso” (EnfF3).

Por último, oito enfermeiros(as) evidenciam o respeito pela pessoa idosa como crucial nos CCE. O “respeito pelo *Outro*” envolve um conjunto de capacidades que implicam chamar a pessoa idosa pelo nome, a não discriminação e aceitação das suas crenças religiosas. O respeito pela privacidade é o que mais prevalece nos depoimentos, estando relacionado como a salvaguarda de intimidade. Por este facto, os(as) enfermeiros(as) procuram assegurar nos CCE, o respeito pela privacidade da pessoa, nomeadamente através da utilização de cortinas, um gesto que revela consideração pelo *Outro*, pelos seus valores e pela sua intimidade.

“Penso que todas as pessoas que aqui trabalham têm muito cuidado e um grande respeito por todos os utentes. [...] Acima de tudo tem que se manter o respeito. Eles gostam que mantenhamos o respeito e a privacidade deles, isso acima de tudo. [...] Eu acho que realizo o meu trabalho mantendo a privacidade e respeito pelos doentes” (EnfF7).

A dimensão afectiva/expressiva dos CCE é caracterizada pela capacidade de comunicação, de relacionamento, da presença verdadeira, de afectividade, da empatia e do respeito, que contribuem para a humanização do cuidado. Esta dimensão é entendida como um momento de encontro dialógico, de interacção e descoberta mútua entre quem cuida e quem é cuidado, caracterizada pelo *Ser-Estar-com o Outro*.

#### **5.4.3. Dimensão instrumental/técnica**

Todos os(as) participantes fazem referência a esta dimensão do cuidado, em especial quando procuram descrever o que “fazem” na unidade. Dentro desta dimensão consideram a higiene, a alimentação, a mobilidade, os posicionamentos, o vestir e o despir, a eliminação, o tratamento de feridas e a monitorização dos sinais vitais. Estes procedimentos são relatados como essenciais na prevenção de complicações decorrentes da imobilidade no leito, em especial, as úlceras de pressão. Ao caracterizarem o seu cuidado através da satisfação das necessidades humanas alteradas, consideram que as técnicas de reabilitação mais específicas são da competência

dos fisioterapeutas. Contudo, durante a higiene, a alimentação e o vestir e despir promovem um conjunto de técnicas reabilitadoras, considerando que para além das vantagens biofisiológicas, estas técnicas facilitam a interacção social entre as pessoas idosas internadas na unidade, possibilitando que saíam dos quartos e que consigam conversar com os outras pessoas internadas.

“Nós levantamos todos os doentes. Tentamos que eles andem pelo corredor, ou que falem uns com os outros. Incentivamos muito essa prática” (EnfF2).

Os(as) enfermeiros(as) (n=9), dos quais cinco são do sexo masculino, apresentam depoimentos contraditórios em relação à realização destas técnicas. Esta contradição está presente nos discursos concernentes à integralidade e globalidade do cuidado e à visão fragmentada, rotineira e instrumental desta dimensão. A descrição de um dia de trabalho é expressa de forma sequencial, cujo cuidado é referido como um conjunto de actividades que têm de ser realizadas, afastando-se da ideia de processo complexo e dinâmico. Ao relatarem “as actividades que têm de fazer”, a situação clínica assume um carácter central, deixando, por vezes, a pessoa para segundo plano. Esta realidade, denota a forte influência do modelo teórico vigente e a forma como é transporte para os cuidados continuados.

“De forma resumida, a rotina normal: no turno da manhã é a história das higiene, alimentação, medicação, pensos, ver sinais vitais. Todos esses aspectos. Durante a tarde é que a gente tem um bocadinho mais de tempo para fazer mais qualquer coisinha. [...] Acaba por ser mesmo isso. Medicação, higiene, fazer alguns exercícios que eu acho que são importantes, as técnicas de levantar, tudo isso” (EnfM1).

No entanto, é entre as enfermeiras que a visão instrumental e fragmentada do cuidado é mais questionada e reflectida. Estas participantes consideram que a execução de um procedimento é um momento de encontro com a pessoa. Entendem, assim, que durante o desenvolvimento de uma técnica, a relação e a afectividade têm de estar presentes, não sendo, ou não devendo, ser dissociadas umas das outras.

“Acho que os meus cuidados tentam de alguma forma abranger tanto o lado técnico, o lado científico, como também o lado humano, o lado relacional. [...] Eu tento que a vertentes técnica e relacional estejam presentes” (EnfF4).

A dimensão instrumental/técnica, nos depoimentos dos(as) participantes, em especial nos que trabalham a tempo parcial, é destacada como algo que as pessoas idosas esperam dos(as) enfermeiros(as), principalmente em uma situação de urgência.

“Temos também de ter presente a parte técnica, quando é necessário, eles esperam isso do enfermeiro. Não é muito habitual haver situações de emergência na unidade. Contudo, eu acho, que eles [doentes] tendo enfermeiro nas 24 horas, todos os dias, esperam ter tratamento adequado, se for necessário” (EnfF6).

Os(as) enfermeiros(as), nos depoimentos sobre esta dimensão, fazem uma distinção entre as técnicas que requerem “gestos mais simples” (a higiene, alimentação, mobilidade, eliminação) e



as que requerem “gestos mais complexos” (técnicas invasivas, fluidoterapia, exames complementares de diagnóstico). É considerando e pensando a dimensão técnica na óptica da complexidade das técnicas que os(as) enfermeiros(as) esclarecem que os CCE às pessoas idosas implicam uma menor diferenciação da dimensão instrumental do cuidado. “Os gestos mais simples” surgem associados a técnicas não invasivas, como por exemplo a administração oral da terapêutica. Consideram que “os gestos mais complexos” são menos frequente nos CCI e que o seu carácter mais invasivo não se adequa à filosofia da RNCCI.

“Não há cuidados tão diferenciados nesta unidade que passem por técnicas mais agressivas, ou invasivas. Passa mais pela própria reabilitação ou pela manutenção” (EnfM3).

A dimensão instrumental/técnica dos CCE é dominada pela realização de procedimentos que promovem a satisfação das necessidades humanas fundamentais. A (des)valorização desta dimensão tem por base a concepção dos(as) enfermeiros(as) sobre o cuidado e as pessoas. Os(as) participantes identificam que nas UCC existe uma menor complexidade do cuidado, expressa no reduzido número de técnicas invasivas. As enfermeiras, especialmente, destacam a importância da interligação desta dimensão com uma abordagem mais humanista do cuidado.

## 5.5. BARREIRAS E SOLUÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE ENFERMAGEM

Nos depoimentos dos(as) participantes ficou evidente a dualidade existente entre os CCE que acreditam, desejam e que deveriam desenvolver e os CCE que realmente conseguem implementar na prática. Entre a abordagem “idealizada” e a abordagem “realizada” encontram-se as barreiras que, na visão dos(as) participantes, inviabilizam a realização de uma abordagem efectiva e eficaz dos CCE. Explicitam, também, algumas propostas que acreditam poder eliminar estas barreiras e melhorar a qualidade dos CCE implementados.

Entre o cuidado desejado e o real, sete enfermeiros(as) reconhecem que uma das barreiras no desenvolvimento dos CCE é o desrespeito pela privacidade e intimidade, principalmente durante a higiene. Mesmo recorrendo às cortinas, os(as) enfermeiros(as) identificam que algumas vezes negligenciam este princípio. Neste sentido, reconhecem que, algumas vezes, durante a execução da higiene conversam com outros profissionais, em vez de o fazer com os utentes. No entanto, é neste tipo de procedimento que as pessoas têm o seu corpo mais exposto e estando a falar de pessoas idosas, estas têm mais pudor na exposição do mesmo.

“Por exemplo, o facto de nós estarmos a fazer uma higiene. Como as enfermarias são grandes, estão mais pessoas no quarto a fazer higiene, e estamos a falar entre nós e não estarmos a conversar com o utente, a incentivá-lo a ser independente. Isso é um exemplo. Parece que estamos ali a conversar com a vizinha do lado” (EnfF1).

A barreira mais expressa foi a falta de enfermeiros(as). “Somos poucos”, a afirmação é categórica e reflecte a realidade que os(as) enfermeiros(as) vivem na UCC. Os(as) participantes consideram que o número de enfermeiros(as) é inferior ao esperado, atendendo ao número de doentes que têm distribuídos e o grau de dependência das pessoas idosas internadas na unidade. Reflectem no discurso as implicações que isso tem no cuidado e o dilema entre o cuidado desejado e o real. Prevalece sempre a sensação de que se poderia fazer mais, de que algumas coisas ficam por fazer e a forma como fazem não é a mais desejada aparecem. O reconhecimento de que não conseguem atender a todas as prioridades do cuidado e de que poderiam desenvolver um cuidado de melhor qualidade aparecem fortemente associados ao número insuficiente de enfermeiros(as). De entre as coisas que ficam “aquém”, destacam os ensinamentos à pessoa e à família. Estes surgem no discurso dos(as) participantes como desejável e determinante dos CCE. Apesar da sua importância, referem que nem sempre os conseguem realizar, uma vez que implicam disponibilidade acrescida, algo que os(as) enfermeiros(as) sentem que não têm.

“Somos poucos, são enfermarias muito grandes. São os momentos de higiene e as horas de alimentação que mais privilegiamos. Entretanto, os doentes também vão para a fisioterapia, ou para outras actividades. Mas se calhar, é a falta de recursos humanos para podermos fazer mais. [...] Faltam enfermeiros para podermos desenvolver um cuidado mais calmo, mais atento. Numa manhã somos apenas três enfermeiros, não paramos um segundo. [...] Normalmente o ensino é de ocasião, quando nós percebemos que a pessoa está para ir para casa, falamos - é melhor arranjar isto ou aquilo. Por exemplo os utentes com próteses da anca, fazemos os ensinamentos para os cuidados que devem ter, para as adaptações que necessitam realizar em casa” (EnfF1).

Decorrente da falta de enfermeiros(as), os(as) participantes afirmam que não têm tempo para desenvolver um cuidado que atenda a todas as necessidades da pessoa idosa. Sendo assim, reconhecem a pouca disponibilidade para o cuidado, que em última análise afecta de forma directa os CCE. O desenvolvimento do cuidado restringe-se à gestão das prioridades, organizando o cuidado que está institucionalizado. Não dispõem, assim, de tempo para desenvolver de forma criativa outras actividades que promovam o bem-estar das pessoas idosas. A percepção de que o tempo é escasso, tem outra faceta no cuidado. Os(as) participantes verbalizam que durante a interacção com o utente (a conversar, a explicar, a fazer determinados procedimentos), nem sempre é efectuado com “*mais calma, com todos os cuidados*”. Reconhecem que as pessoas idosas necessitam que o cuidado se desenvolva numa atmosfera de tranquilidade, “dando tempo” à pessoa para compreender e interagir com eles. Por último, associado à “falta de tempo”, os(as) enfermeiros(as) tendem a delegar determinadas actividades, não as supervisionando. Este facto está presente durante a alimentação e a administração da terapêutica.

“Por vezes poderíamos, ou até, deveríamos passar mais tempo com os doentes que não têm tantas necessidades. Mas não o fazemos porque não existe tanto tempo quanto isso, e temos algumas prioridades que temos de ter em conta. [...] Eu tendo mais

tempo, prestaria outros cuidados aos utentes, com outra qualidade. Disso não tenho qualquer dúvida. Isso implica menos doentes distribuídos para poder passar mais tempo com os doentes” (EnfM3).

A falta de recursos humanos está intimamente relacionada com as barreiras seguintes: o pouco envolvimento e integração da família/cuidador informal no cuidado; a impossibilidade de adoptar o método individual de trabalho e a comunicação ineficaz com os restantes elementos da equipa multidisciplinar e com a pessoa idosa. Relativamente ao pouco envolvimento com a família, os(as) enfermeiros(as) afirmam que existe um longo caminho a percorrer, como expressa a seguinte afirmação “*a enfermagem não tem conseguido integrar a família, é a realidade*” (EnfM6.).

Para além dos escassos recursos humanos, os(as) participantes apontam mais dois factores que condicionam a parceria com a família: o afastamento dos familiares durante o internamento das pessoas idosas e as crenças dos mesmos sobre os cuidados continuados. Os(as) enfermeiros(as) relatam que, durante o internamento da pessoa idosa na unidade, muitos familiares deixam de visitar as pessoas idosas, de lhes trazer produtos básicos e de evitar o envolvimento no cuidado. Este afastamento é condicionado pelo emprego e situação económica dos mesmos. Por último, os(as) participantes identificam a desresponsabilização dos familiares, que passam a atribuir essa responsabilidade de cuidado à Rede e aos profissionais que nela trabalham.

“Os familiares pensam nos cuidados continuados como sendo a pura substituição de todas as suas responsabilidades em relação ao utente. Há um total descrédito relativo ao nosso cuidado, um completo descrédito, porque as famílias não compreendem. Vou dar um exemplo, os familiares não compreendem porque o doente deve estar levantado na cadeira, em vez de estar na cama, apesar do doente não gostar de estar sentado, mas deve estar. Esse é para mim a principal barreira nos cuidados” (EnfM6).

No que concerne à efectivação do método individual de trabalho, a impossibilidade de o colocar sempre em prática, está associada à dotação de enfermeiros(as) existentes na unidade. Por vezes, o número insuficiente destes profissionais origina uma regressão no desenvolvimento do cuidado, expressa pelo uso do método de tarefa. Os(as) enfermeiros(as) estão conscientes disso, como demonstra o excerto seguinte:

“Tende a ser o individual, embora às vezes como há menos pessoal não pode ser individual, mas de manhã está um enfermeiro, um auxiliar distribuídos a um grupo de doentes. [...] Mas quando não há elementos suficientes é à tarefa” (EnfF5).

A comunicação ineficaz entre os(as) enfermeiros(as) e os restantes elementos da equipa multidisciplinar surge associada à falta de coordenação e de tempo dos profissionais, com destaque para médicos(as) e fisioterapeutas. A ausência de *feedback* é o principal problema de comunicação e é entendida como uma descontinuidade do cuidado, uma vez que os(as) enfermeiros(as) desconhecem as intervenções dos outros profissionais. Por este facto, houve necessidade de instituir coordenadores de Enfermagem. Estes coordenadores procuram articular as

necessidades sentidas pela equipa de Enfermagem e os restantes profissionais, visto que os(as) enfermeiros(as), muitas vezes, não têm tempo para efectivar essa comunicação.

“Às vezes há falta de comunicação e interligação entre os diversos elementos da equipa multidisciplinar. Sinto que devia haver uma maior ligação e interligação das diferentes competências. Sinto que isso é uma parte que não está cumprida. Não por falta de vontade, mas se calhar o serviço não o permite. [...] Tem alguns pontos frágeis porque na maioria das vezes a equipa de enfermagem não comunica com os outros profissionais” (EnfM4).

Embora os(as) enfermeiros(as) reconheçam a importância da comunicação com a pessoa idosa e o esforço que fazem para otimizar esta capacidade do cuidado, admitem que isso nem sempre é possível. Esta impossibilidade é justificada pela falta de tempo, originada pelo insuficiente número de falta de recursos humanos e pela sobrecarga de trabalho na unidade.

“Por vezes, sinto que a meio de uma conversa com a pessoa, é quando eu digo desculpe mas tenho de ir embora, tenho de dar a medicação. É muito triste. Depois não apareço lá mais durante o turno, porque a seguir vêm outras coisas, a medicação, a alimentação, é triste. Se tiver de folga no dia seguinte, o que fica a pensar a pessoa. Esteve aqui um bocadinho, pensou que eu era chato e foi-se embora” (EnfF1).

Perante a realidade relatada, é consensual e unânime que uma das soluções perconizada é a adequação dos recursos humanos (rácio enfermeiros(as)/utente) ao número de utentes e ao grau de dependência dos mesmos na unidade. Com uma dotação adequada de enfermeiros(as), estariam mais disponíveis para estar com o utente, mais próximos, e desenvolveriam um cuidado com mais qualidade. Em relação a este último aspecto, existem excertos em que se percebe claramente que os ganhos em saúde seriam maiores, podendo caminhar no sentido da excelência do cuidado, ou como nos refere uma participante, com mais enfermeiros(as) “*eu poderia cuidar*”. A adequação do número de enfermeiros(as) é considerado como a “pedra basilar” para eliminar muitas das barreiras e incrementar uma melhoria significativa.

“É sobretudo a falta de recursos humanos. Eu acho que teria que haver mais pessoas para que efectivamente o cuidado fosse um cuidado de excelência”(EnfM5).

Outra barreira no desenvolvimento dos CCE é a situação económica/financeira da unidade, como se constata neste excerto:

“A unidade tem enfrentado problemas económicos, e isso tem gerado algum desconforto e desmotivação” (EnfF1).

Estes problemas económicos têm uma sequencialidade, que se inicia nos problemas económicos da unidade enquanto instituição. Esta situação origina incerteza em relação à permanência no emprego e atrasos nas remuneração dos(as) enfermeiros(as). Por sua vez, estes factores originam sentimentos de desmotivação entre os(as) participantes. A incerteza em relação à manutenção do emprego, tem por base a instabilidade económica da unidade e os rumores relativos

à manutenção da mesma. Para uma equipa jovem, conhecedora do mercado de trabalho, esta situação desmotiva e inquieta. Isso é visível no seguinte excerto:

“Por outro lado, existe uma grande insegurança em relação ao futuro, isso desmotiva as pessoas, andam tristes e aborrecidas” (EnfM1).

Relativamente aos atrasos nos salários, existem duas leituras, em que a lente é o facto de trabalhar a tempo completo ou parcial na unidade. Para os primeiros, o facto de não serem remunerados dificulta a sua vida. O salário é a única fonte de rendimento destes profissionais, a privação do mesmo condiciona os seus projectos pessoais. Os(as) enfermeiros(as) que trabalham a tempo parcial não dependem totalmente do salário que recebem da unidade, uma vez que têm outro emprego. Independentemente de terem outro ordenado, no discurso deles transparece a preocupação com este problema, verbalizando uma preocupação com os(as) profissionais que dependem do salário “*para poderem viver*”. Os(as) participantes estão conscientes que desenvolvem um trabalho que tem de ser remunerado, pelo que, a falta do salário é um factor desmotivador. Ao reconhecerem que estão desmotivados, os(as) enfermeiros(as) fazem um esforço para minimizar essa situação, nomeadamente, tentando esquecer a situação, cumprindo com o horário de trabalho, procurando andar bem dispostos e adoptar uma postura íntegra e ética para com os utentes. Estes últimos aspectos são reconhecidos e admirados pelos(as) outros(as) colegas.

“Esse aspecto [atraso nos salários] acaba por condicionar o cuidado. A motivação reflecte-se no cuidado. A crise agora está mais equilibrada, têm vindo a regularizar a situação. [...] O facto dos ordenados estarem atrasados influencia algumas pessoas. A mim não me influencia tanto. Continuo a vir cá com a mesma vontade, a mesma disponibilidade. Agora, tem-se conseguido solucionar com uma gestão do pessoal que trabalha na instituição” (EnfM5).

Estes problemas são geradores de inquietação, desmotivação e frustração, acentuados pela dificuldade em comunicar com as chefias de Enfermagem. Esta dificuldade é identificada por seis participantes, estando na sua origem a escassa presença dos mesmos, a falta de diálogo entre a equipa de Enfermagem e as chefias e o facto de não saberem a quem se dirigir quando se deparam com um problema. Esta situação origina nos(as) participantes sentimentos de desamparo e de desprotecção no desenvolvimento de suas actividades. Por esta razão, sete enfermeiros(as) apontam como solução, um maior envolvimento, proximidade, atenção e preocupação dos chefes para com a equipa de Enfermagem.

“Penso que é essencial as hierarquias [chefe de Enfermagem] terem uma conversa, uma aproximação, mostrarem que se preocupam connosco. No fundo, mostrarem que estão connosco. Era essencial para nos sentirmos mais motivados” (EnfF1).

Ainda relacionada aos aspectos económicos está a falta de material. Os(as) participantes identificam que esta situação tem implicações no cuidado, especialmente no tratamento de feridas, sendo referido a falta de *Kits* e de material para tratamento de feridas. Existem outras necessidades,

tais como ajudas técnicas e almofadas (utilizadas nos posicionamentos). Os materiais referidos estão ligados à execução de procedimentos frequentes na unidade, daí a sua falta ser considerada premente.

“A falta de material às vezes limita um pouco o cuidado, por exemplo o cuidado às feridas, às vezes o material é muito limitado e é preciso gerir muito bem aquilo porque eu sei que tenho esta ferida e a outra para naquele dia tratar. Às vezes há de tudo, acho que se houvesse uma maior diversidade às vezes escusava de gastar uma coisa desnecessária, mas se calhar acontece em todo lado, mas o material é uma grande barreira” (EnfF7).

A importância de investir na capacitação dos(as) enfermeiros(as) é referida por dez participantes, dos quais seis são do sexo feminino, como uma solução que permitiria o aperfeiçoamento dos CCE. Esta barreira tem especial significado para os(as) participantes a tempo completo, tendo sido referida por todos eles(as). Consciente de que a maioria dos seus utentes são pessoas idosas, os(as) participantes especificam a necessidade de haver mais formação sobre: Enfermagem Gerontogeriatrica e reabilitação. Afirmam que existe uma grande falha, quer da instituição, quer a nível profissional, uma vez que existe um défice de capacitação nestas áreas.

“Também, julgo, por algum défice de formação mais específica em cuidados ao idoso, à pessoa muito dependente, e reabilitação” (EnfM6).

Identificam que deveria haver uma maior demanda na formação sobre Enfermagem Gerontogeriatrica e na contratualização de enfermeiros(as) especialistas em reabilitação. Estas são as soluções vislumbradas para solucionar alguns dos problemas com que se deparam durante o cuidado.

“Há uma coisa que falta aqui, que é o enfermeiro de reabilitação, a prestar cuidados na unidade, que não tem nada a ver com o fisioterapeuta no ginásio” (EnfF6).

Em síntese, as principais barreiras identificadas pelos(as) participantes para o desenvolvimento do CCE são: o desrespeito pela intimidade e privacidade da pessoa idosa, a falta de recursos humanos, a inoperância da parceria com a família, a utilização do método de tarefa e a comunicação ineficaz com os restantes elementos da equipa e com as pessoas idosas; a incerteza em relação à manutenção do emprego; os atrasos nos salários; a dificuldade em comunicar com os chefes de Enfermagem e a falta de material. Perante estas barreiras, os(as) participantes identificam como soluções, uma maior dotação de recursos humanos e materiais, promover a capacitação dos(as) profissionais que trabalham na UCC; contratar enfermeiros(as) especialistas em reabilitação e incentivar o diálogo e as relações com as chefias de Enfermagem.

## **CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO**

No sentido de sistematizar este capítulo, apresento a discussão dos resultados, seguindo o fio condutor do capítulo anterior. Deste modo, inicio a discussão pelas concepções sobre a Rede. Seguidamente abordo a visão dos(as) enfermeiros(as) sobre os CCE, nomeadamente, os objectivos e suas dimensões integrantes. Dando continuidade a este capítulo, discuto as barreiras e soluções identificadas pelos enfermeiros(as). Finalmente, caminho em direcção à conceptualização dos CCE.

### **6.1. CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: CONCEPÇÕES DE ENFERMEIROS(AS)**

Das concepções dos(as) enfermeiros(as) sobre os CCI, destaco a promoção da independência, a continuidade de cuidado, o modelo intersectorial entre o sistema de saúde e de apoio social e a multidisciplinaridade. Estes resultados vão ao encontro da definição de CCI, em especial nas referências às intervenções sequenciais de saúde e apoio social (modelo intersectorial), na avaliação conjunta, centrada na recuperação global (multidisciplinaridade) e na promoção da autonomia, melhorando a capacidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação e readaptação (promoção da independência). São as enfermeiras que mais focalizam estas concepções, pelo que é este grupo que está mais consciente da definição dos CCI. No entanto, quando consideramos os objectivos específicos e os princípios da Rede, eles(as) omitem, em especial, o cuidado de manutenção e de qualidade de vida, o apoio aos familiares ou prestadores informais, a integralidade, a equidade e a reinserção familiar e social. Esta omissão é reveladora da falta de consolidação da filosofia da Rede entre estes(as) profissionais. Embora conheçam genericamente a definição da Rede, revelaram nos seus depoimentos um desconhecimento sobre outros aspectos sobre ela, nomeadamente, os objectivos, os princípios e os direitos das pessoas idosas, referidos no Decreto-lei 101/2006 e pela UMCCI (2007b). Estes dados são reveladores da necessidade de consolidar a filosofia de Rede entre os(as) enfermeiros(as). A UMCCI (2008) está consciente da necessidade de consolidar a filosofia da Rede, destacando esta situação no seu relatório para o desenvolvimento da RNCCI.

A pouca consolidação da filosofia da Rede compromete a proposta de cuidado da Rede, o que se vai reflectir na abordagem dos CCE às pessoas idosas. Os relatos dos(as) enfermeiros(as) demonstram que o factor que mais dificulta a consolidação da filosofia da Rede é a forte influência “do hospitalocêntrismo” e do paradigma biomédico. As comparações que os(as) participantes com menos tempo de exercício profissional fazem entre as unidades de cuidados continuados e as unidades hospitalares evidenciam pouca compreensão da nova proposta. Este dado é revelador da

dificuldade destes(as) enfermeiros(as) fazerem a transição entre o modelo curativo (cuidados agudos) e o cuidado proposto pela Rede, direccionado para a recuperação e a reabilitação. Deste modo, a influência do paradigma biomédico (modelo curativo) nestes enfermeiros(as), dificulta a transição paradigmática para a abordagem de Cuidado na Rede. Associado a estes aspectos, está a imagem da complexidade e especificidade dos serviços hospitalares, comparativamente com o cuidado nas UCC, que pode originar, tal como refere a UMCCI (2007c), representações que têm na sua base o *downgrade* técnico (por médicos e enfermeiros). A forte influência da medicalização do cuidado na formação dos(as) enfermeiros(as), tal como destaca Costa (2002) potencia e agudiza esta representação. Não posso deixar de referir que as mentalidades não se mudam por Decreto, é preciso tempo e dedicação por parte de todos os intervenientes envolvidos na Rede. São, pois, necessários maiores investimentos da UMCCI, conjuntamente com os(as) enfermeiros(as), para a consolidação da filosofia da Rede e a efectivação da mudança paradigmática.

No entanto, é entre os profissionais com mais tempo de exercício profissional que a filosofia da Rede mais se distancia do paradigma tradicional. São estes(as) profissionais que mais valorizam a UCC e incorporam o “novo” paradigma proposto para a RNCCI. Neste sentido, a experiência profissional parece ser facilitadora da consolidação da filosofia da RNCCI, permitindo distanciar o cuidado da visão medicalizada, fazendo emergir a pessoa e não a doença. A prática profissional permite reconstruir uma visão do cuidado, para além do modelo biomédico, retornando às suas bases fundamentais.

## 6.2. CUIDADOS CONTINUADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA: VISÃO DE ENFERMEIROS(AS)

A visão de enfermeiros (as) sobre os CCE possibilitou rumar em direcção à sua conceptualização. No sentido de melhor compreender e conhecer os CCE, é relevante considerar a importância que os(as) participantes atribuem ao seu cuidado, considerando-o uma pedra angular do cuidado nas unidades de internamento da Rede. Este facto é reforçado pelo maior número de enfermeiros(as) comparativamente a outros grupos profissionais - 15,91 nas unidades de convalescença e 13,95 nas unidades de média duração e reabilitação (UMCCI, 2008). O número de horas por cama, dedicados por estes profissionais (80%), reforça e permite compreender a importância que os(as) enfermeiros(as) atribuem ao seu cuidado. Estando ciente da importância dos CCE, os(as) enfermeiros(as) reconhecem que se têm investido no cuidado. Estes atributos são reconhecidos pela UMCCI (2007a) como um ponto forte no desenvolvimento das Experiências Piloto.

Estando conscientes da importância do trabalho que desenvolvem, os(as) enfermeiros(as) mostraram uma enorme satisfação pessoal e profissional com os CCE, caracterizando-os como uma



experiência positiva. Esta experiência não é influenciada pelo regime de trabalho, pelo que é referido pelos(as) enfermeiros(as) tanto a tempo completo como parcial. Deste modo, o tipo de contacto parece não influenciar a satisfação com o desenvolvimento dos CCE. De entre os vários factores, é destacado o gostarem do que fazem. Este factor é também referido por Francis-Felsen [et al.] (1996), Batista [et al.] (2005) e Zangaro e Soeken (2007). O relacionamento interpessoal é também identificado pelos autores supracitados. O estudo de Amaro e Jesus (2007) também demonstra que quando as relações interpessoais são boas, existe uma redução do stress profissional. Na opinião de Zangaro e Soeken (2007), boas relações interpessoais contribuem grandemente para a satisfação profissional. O último factor que contribui para a satisfação profissional é a excelência das instalações da Unidade. Este aspecto pode ser compreendido pelo forte investimento da UMCCI na qualidade e adequação das unidades de CCE. O espaço físico das UCC é pensado e constituído como dinamizador e potenciador da independência dos utentes. Existe uma preocupação em direccionar o ambiente do cuidado para a reabilitação, reinserção e reabilitação dos utentes.

#### **6.2.1. Cuidados Continuados de Enfermagem à pessoa idosa: objectivo central e específicos**

O desenvolvimento dos CCE tem como objectivo central *promover a independência e autonomia das pessoas idosas*. Para conseguirem atender a esta visão, os(as) enfermeiros(as) identificam a avaliação multidimensional da pessoa como determinante. A relevância deste objectivo é significativa e fundamental, convergindo com o objectivo da RNCCI. Este objectivo vai ao encontro das prioridades de cuidado das pessoas internadas na Rede, nomeadamente, os 3 R's definidos pela UMCCI (2007b). Contudo, tal como nos documentos da Rede, as referências à promoção da saúde e à prevenção da doença são raras. A promoção da saúde é determinante para alcançar e otimizar a independência, autonomia e qualidade de vida das pessoas idosas, pelo que a sua inclusão nos cuidados continuados é uma prioridade que não pode ser esquecida. Os(as) enfermeiros(as) mencionam uma enorme expectativa e valorização dos 3 R's mas, quando se deparam com pessoas idosas muito dependentes, esta expectativa desvanece-se e sentem que "*não há mais a reabilitar e a recuperar*". Nestas situações, não têm uma visão tão optimista em relação ao seu papel enquanto promotores da independência, podendo este facto prejudicar o grau de envolvimento com utentes mais dependentes e a implementação de CCE de maior qualidade.

A centralidade na cura é ainda uma reminiscência do modelo biomédico, cuja rotura entre os(as) enfermeiros(as) ainda não é efectiva. A cura é entendida como acções eficazes sobre a doença. Quando se deparam com a impossibilidade da cura, os(as) participantes ficam desapontados, acreditando que a sua intervenção se esgota nestas situações. Todavia, é na impossibilidade da cura que os anos de vida têm de dar lugar a uma vida com qualidade, sendo o

cuidado de Enfermagem uma mais-valia para atingir este objectivo. Estando consciente disso, a RNCCI elege o cuidado de conforto e qualidade de vida como um dos seus objectivos, pelo que é importante os(as) enfermeiros(as) estarem despertos(as) para o mesmo.

O objectivo central dos CCE constitui um enorme desafio para os(as) enfermeiros(as). Por um lado, a sua abordagem implica uma mudança nos modelos que ainda subsistem na formação dos(as) enfermeiros(as). Por outro, requer uma desconstrução das imagens sociais associadas ao envelhecimento, nomeadamente, dependência, incapacidade, improdutividade e pouca participação no cuidado. Estas imagens estão tanto presentes nos discursos dos(as) profissionais de saúde, como nos discursos das próprias pessoas idosas e suas famílias. Conscientes deste desafio, os(as) enfermeiros(as) identificam no desenvolvimento dos CCE um conjunto de objectivos específicos que possibilitam a sua consecução. Os objectivos específicos são interdependentes, podendo ocorrer simultaneamente. Não ocorrem, portanto, na prática de forma linear.

O primeiro objectivo específico que deriva do objectivo geral, é *centrar o cuidado na pessoa idosa e na família*. A implementação deste objectivo específico requer que os(as) enfermeiros(as) conheçam a história de vida da pessoa idosa, admitindo que cada pessoa é única e tem o seu próprio modo de viver e de encarar a vida. Consideram, deste modo, a complexidade e a integralidade da pessoa, indo ao encontro da abordagem de cuidado da RNCCI, bem como das definições de cuidado de Watson (2002) e Silva (1998). No entanto, a centralidade da doença é evidente na prática dos CCE, embora teoricamente diferenciem a abordagem com foco no modelo biomédico da abordagem integral dos CCE.

Todavia, a pessoa idosa não pode ser encarada isoladamente, pelo que a sua rede de apoio social, em especial, a família é determinante. Por estes factos, a centralidade dos CCE na família é tida como determinante para os(as) enfermeiros(as). Ao considerarem o sistema pessoa idosa – família, os(as) enfermeiros(as) avançam em relação à abordagem hospitalocêntrica, em que a visão individualista da pessoa deixa uma margem muito pequena para a participação da família. Esta participação é, na maioria das vezes, focada na obtenção de informações sobre a pessoa idosa. Assim, a família nem sempre é considerada como uma unidade que também necessita ser cuidada. O envolvimento da família no cuidado é também identificado por Clarke (2007) como uma componente do cuidado relacional nas unidades de cuidados continuados. Para além disso, a família pode ser um elemento integrante e crucial no cuidado, quando é efectivada a sua parceria com os(as) profissionais de saúde. Quando isso não acontece, a desresponsabilização, o desconhecimento, a descontinuidade de cuidado e as imagens sociais da pessoa idosa agudizam-se e intensificam-se, o que pode constituir um retrocesso. O desencontro entre o discurso teórico (desejável) e o prático (real) está bem patente na centralidade dos CCE na família. Desejavelmente é considerado como uma mais-valia. Na realidade, a inoperância da parceira com a família é uma

barreira no desenvolvimento dos CCE. Esta inoperância é também relatada nos resultados do *focus group* com representantes da RNCCI (UMCCI, 2007b) e no relatório de desenvolvimento da Rede (UMCCI, 2008). Todavia, centrar o cuidado na família é um dos objectivos da Rede e dos CCE, que deve ser perseguido.

Este objectivo é central e permeia os objectivos seguintes, nomeadamente, *reafirmar o potencial da pessoa idosa, ajudar a encontrar um novo sentido para a vida e promover, na pessoa, o cuidado de si*. A implementação do objectivo - *reafirmar o potencial da pessoa idosa* traduz-se na desconstrução, junto da pessoa idosa e da família, das imagens sociais negativas sobre o envelhecimento. Neste sentido, os CCE tem como propósito desenvolver na pessoa idosa a confiança no seu potencial para ser independente, na medida do possível. O incentivo, a motivação e o estímulo têm como propósito a transposição das dificuldades com que a pessoa idosa e a família se vão deparando, interrompendo o ciclo negativo, que pode levar a própria pessoa idosa e, por vezes, a família a acreditar que a dependência é inevitável.

Ao reafirmar o potencial da pessoa idosa, novos caminhos e possibilidades podem ser equacionados. Neste ponto, os(as) enfermeiros(as) são determinantes, pois conjuntamente com a pessoa idosa procuram reflectir e *descobrir novos significados para a vida*. O reconhecimento da sua história de vida e dos obstáculos superados é essencial para ajudar a pessoa idosa a perceber que esta fase, pode implicar numa mudança no seu percurso de vida, mas não esgota todos os significados que ela ainda pode ter. Esta revisão do percurso de vida pode ajudar a pessoa idosa a perceber que ela ainda é capaz de superar este novo desafio. A situação de dependência pode implicar perdas que dificultam a satisfação das actividades de vida. Contudo, os(as) enfermeiros(as) estão despertos para isso, promovendo e demonstrando à pessoa idosa que nem tudo está perdido, que ainda podem ser capazes de realizar determinadas actividades. Este objectivo implica apoiar a pessoa idosa e respectiva família a readaptarem-se às perdas, focando e valorizando os ganhos que ela já teve ao longo da sua vida e que ainda pode ter. Deste modo, os(as) enfermeiros(as) vivem com a pessoa idosa esta nova etapa da sua vida, não de uma forma derrotista, mas procurando ultrapassá-la de forma positiva.

O próximo objectivo - *promover, na pessoa, o cuidado de si*, consiste em explorar ao máximo as capacidades da pessoa idosa para realizar as actividades de vida. Os(as) enfermeiros(as) estão de consciente que é necessário que a própria pessoa idosa consiga cuidar de si, apesar da sua condição de dependência. Muitas vezes, este processo tem início com o desenvolvimento de capacidades para desenvolver actividades mínimas. Ao longo do processo de cuidado estas capacidades vão sendo potenciadas e alargadas a outras actividades do cuidado de si. Os(as) enfermeiros(as) reconhecem que a substituição da pessoa no cuidado de si, pode condicionar e impedir a independência e a autonomia desta pessoa, principalmente quando ela é capaz de o fazer.

Para além disso, coloca a pessoa numa situação passiva, apenas como receptora de cuidado. Sendo assim, é imprescindível no desenvolvimento dos CCE promover a noção de cuidado de si e implementar uma prática baseada nesta concepção, junto de todos os(as) profissionais de saúde.

Estes objectivos constituem-se em desafios nos CCE, em que o processo de co-participação, tal como refere Watson (2002), está bem presente. Esta co-participação enfermeiro(a) – pessoa idosa – família é determinante para a efectivação destes objectivos. O envolvimento e participação da família no cuidado é essencial, uma vez que esta pode reafirmar o cuidado desenvolvido na UCC, ou desconstruir esse mesmo trabalho. Esta desconstrução é potenciada pela inoperância da parceria com a família em que estes desconhecem, ou não entendem os CCE que estão a ser desenvolvidos com o seu familiar.

Atendendo a estes desafios nos CCE, os(as) enfermeiros(as) identificam a abordagem multidisciplinar e a valorização e o desenvolvimento como uma mais-valia que fortalece os CCE. *Desenvolver a abordagem multidisciplinar* emerge como um objectivo específico, que é considerado pelos(as) enfermeiros(as) como uma proposta inovadora e bastante positiva. Os(as) enfermeiros(as) sentem que fazem parte de uma equipa em que não existem hierarquias de papéis, sobescrevendo a opinião de Baltar, González e Pérez (2005) e Silveira (2006). Contudo, a efectivação da integração na equipa multidisciplinar ainda não é uma realidade na UCC, contribuindo para isso os problemas de comunicação entre os(as) diferentes profissionais que a compõem. A comunicação é destacada pelos autores supracitados como um dos requisitos para efectivar a interdisciplinaridade, possibilitando uma melhor articulação e coordenação entre todos os elementos da equipa. Superar as barreiras comunicacionais entre os(as) profissionais que trabalham nas UCC é um passo essencial para o desenvolvimento da interdisciplinaridade. A transição da *multi* para a *interdisciplinaridade* ainda não se efectivou na unidade, embora esta última seja assinalada no Decreto-lei 101/2006. A sua consecução nos relatos dos(as) enfermeiros(as) deixa antever uma visão fragmentada entre as diferentes disciplinas. Deste modo, os(as) profissionais de saúde não têm conseguido compreender e fazer entender a informação especializada do seu trabalho, nem conceber o trabalho em equipa, Urge, portanto, criar nas unidades de cuidados continuados condições que possibilitem as práticas de interdisciplinaridade centradas na pessoa idosa e na família, uma vez que esta abordagem é a mais adequada para profissionais que trabalham neste domínio (Jacob-Filho e Sitta, 1996; Cabete, 1999; Camacho, 2002; Augusto [et al.], 2002; Baltar, González e Pérez, 2005; Silveira, 2006 e Fragoso, 2008).

Relativamente à valorização e ao desenvolvimento da capacitação, os(as) enfermeiros(as) expressam a sua importância na melhoria do cuidado. Estando conscientes disso, partilham da opinião de Fragoso (2008), que considera a capacitação como indispensável no cuidado à pessoa idosa. Atendendo os CCE, a valorização da capacitação iria incrementar a satisfação profissional

dos(as) enfermeiros(as) para cuidar pessoas idosas e ajudar na construção de uma imagem positiva da pessoa idosa (Almeida, 1999b; Gonçalves e Alvarez, 2002, 2004 e Moniz, 2003). Este problema não envolve só os(as) enfermeiros(as), estando também associado aos auxiliares de acção médica. Este facto pode ser compreendido pela colaboração destes profissionais nos cuidados de menor complexidade, cuja falta de capacitação compromete a efectividade dos CCE. Não obstante as iniciativas realizadas pela UMCCI, através da publicação de inúmeros manuais técnicos e das acções de formação desenvolvidas nestes últimos dois anos, este estudo evidencia a necessidade de melhorar a informação e as oportunidades de capacitação. Atendendo a este dado, é referido no relatório de desenvolvimento da RNCCI (2008, p.28) a “necessidade de priorizar as acções de formação, informação e divulgação durante o ano de 2008”. Torna-se, assim, indispensável que as próprias unidades criem condições para os(as) enfermeiros(as) participarem nessas actividades. A reflexão sobre a prática, repensando a formação em serviço, criando espaços conducentes à aprendizagem é sublinhado por Augusto [et al.] (2002) na sua abordagem sobre os cuidados continuados. Os(as) enfermeiros(as) chefes têm um papel preponderante nesse aspecto, bem como na dinamização da capacitação na própria unidade.

Os objectivos dos CCE, apontados neste estudo, permitem perspectivar que os estereótipos sobre o envelhecimento, referidos por Almeida (1999b), não estão muito enraizados entre os(as) participantes. Pelo contrário, os CCE procuram operar uma mudança de mentalidade, não só junto da pessoa idosa, como também no seio da família. Soma-se a este aspecto o facto dos objectivos dos CCE irem ao encontro quer da definição de cuidados continuados, quer das *Orientações Gerais da Abordagem Multidisciplinar e Humanização em CCI* (UMCCI, 2007b), ampliando a sua perspectiva. O contributo e as vantagens dos CCE na Rede, expresso nestes objectivos, também são demonstradas por estudos internacionais sobre os cuidados continuados (Matthews, 1984; Rubenstein [et al.] 1984; Applegate [et al.], 1990; Miller e Weisster, 2000; Garasen, Windspoll e Johnsen, 2007). Deste modo, os CCE estão em sintonia com as expectativas e orientações gerais, conforme explicitado anteriormente. Com base nestes objectivos, os(as) enfermeiros(as) clarificam e especificam a sua compreensão acerca dos CCE na unidade.

### 6.3. CUIDADOS CONTINUADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA: DIMENSÕES INTEGRANTES

Três dimensões emergem no desenvolvimento dos CCE: a cognitiva, a instrumental/técnica e a afectiva/expressiva. Estas dimensões fornecem importantes indicadores para compreender os CCE. O *Saber-Saber* dos CCE está intimamente relacionado com a organização (método de trabalho) e planeamento do cuidado, o processo de apropriação e aquisição dos saberes (aprendizagem com a pessoa idosa, com a experiência e com os colegas). Estes resultados vão ao

encontro dos requisitos referidos por Costa (2002) e Dias (2005). Nesta dimensão, verifico que existe uma preocupação em orientar os CCE à pessoa idosa, através de respostas individualizadas, quer ao nível mais prático (planeamento do cuidado), quer ao nível organizacional (método individual de trabalho). Estes dados constam nas indicações sobre como deve ser o cuidado na RNCCI: personalizados e eficientes – através da planificação de objectivos partilhados, a alcançar em função de determinados períodos de tempo, constantes no Plano Individual de Intervenção (UMCCI, 2007b).

A aquisição de conhecimentos para cuidar pessoas idosas nestas unidades processa-se essencialmente através da aprendizagem com as próprias pessoas, na e pela experiência e com os outros enfermeiros(as). Relativamente à partilha de experiência e saberes entre iguais, os(as) participantes identificam que nem sempre têm tempo para isso, sendo descrito como uma falha no desenvolvimento do CCE. Como estratégias de autoformação, os(as) enfermeiros(as) identificam: o contacto com a pessoa idosa e a experiência profissional. A heteroformação é caracterizada pela partilha de saberes e experiências entre iguais. Estes resultados são compatíveis com o estudo de Moniz (2003) sobre os recursos formativos mobilizados pelos(as) enfermeiros(as) para cuidar de pessoas idosas. Estes dois pólos de formação tornam-se mais significativos, atendendo à escassa oportunidade de capacitação que os(as) enfermeiros(as) dizem possuir.

A dimensão afectiva/expressiva dos CCE é a mais expressa pelos(as) enfermeiros(as), denotando a importância da mesma no desenvolvimento dos CCE. Esta dimensão é caracterizada pela capacidade comunicacional, relacional, efectiva e empática dos(as) enfermeiros(as), envoltas na e através da presença verdadeira e do respeito. Os CCE, nesta dimensão, são compatíveis com o referido por Silva (1998), Dias (2005) e Fernandes (2007), confluindo com os direitos da pessoa idosa expressos nos Decreto-lei 101/2006 e com as *Orientações gerais para a humanização na RNCCI* (UMCCI, 2007b). As características desta dimensão dos CCE são, também, referidas nos estudos de Costa (1994), Cristóvão (1998), Almeida (1999a), Mateus (2005), Fernandes (2007) e Clarke (2007), e nos requisitos para a humanização do cuidado de Fragoso (2008). Têm especial significado, se consideramos o que as pessoas idosas mais valorizam no cuidado de Enfermagem, nomeadamente a relação, a afectividade e a humanização (Silva 1996; Melo, 1998; Almeida, 1999a; Sousa e Carvalhais, 2006)

A valorização desta dimensão denota, também, o forte investimento na dimensão social da Rede, uma vez que muitas destas características despontam como respostas à privação social e familiar, desamparo e solidão que algumas pessoas idosas sentem. Esta dimensão é também referida por Watson (2002) e Clarke (2007), em que o cuidado à pessoa idosa não se resume unicamente às alterações biofisiológicas mas, também, à sua dimensão psicológica e social. Destaco com especial significado, o facto dos(as) enfermeiros(as) conceberem os CCE numa

atmosfera familiar que inclui como elemento integrante a pessoa idosa. Esta perspectiva contribui para a construção de CCE mais autênticos e congruentes com as suas necessidades.

Para melhor compreendermos esta dimensão, é indispensável não esquecer os períodos de internamento na UCC (30 ou 90 dias). O contacto com as pessoas idosas nestes períodos vai para além da proximidade física. Promove o conhecimento mútuo através da descoberta da vida passada, presente e futura, da relação de confiança e da comunicação. Este dado é essencial, atendendo a uma das premissas do cuidar – conhecer o outro. Estes factos diferenciam os CCE nas diferentes tipologias de internamento da Rede, relativamente às unidades hospitalares. Surge, assim, como factor que especifica e diferencia a abordagem dos CCE na RNCCI. Para além disso, este conhecimento mútuo tem um papel terapêutico, considerando que é essencial para a consecução dos objectivos dos CCE.

A Acção e o Ser, tal como refere Costa (2002), ou a competência sócia-afectiva, relacional e ético-moral destacada por Dias (2005), consubstanciam o desenvolvimento dos CCE à pessoa idosa, na sua vertente afectiva/expressiva. Deste modo, a comunicação, através da escuta e do diálogo é expressa como fundamental no estar com a pessoa idosa, evidenciando um papel terapêutico ao possibilitar a identificação e resolução de problemas, evitando a utilização de técnicas mais invasivas e proporcionando o bem-estar à pessoa. O relacionamento com as pessoas idosas advém da relação interpessoal de confiança, da empatia e da presença verdadeira. Estes dados são compatíveis com o cuidado relacional identificado por Clarke (2007), em unidades de cuidados continuados.

A empatia é conceptualizada pelos(as) enfermeiros(as) através do cuidado que gostariam que lhes fosse dispensado quando fossem pessoas idosas ou no cuidado que gostariam que fosse desenvolvido aos seus entes queridos. Os(as) participantes mais do que se “*colocar no lugar do outro*”, projectam na pessoa idosa o seu “*Eu-envelhecido*” ou a “*pessoa idosa que amam*”. Esta concepção da empatia origina uma “*cuidado*” mais consciente e atento em relação às pessoas idosas. Além disso, modifica atitudes, transforma e constrói os CCE, na medida em que eles(as) procuram centrar, compreender e atender às prioridades de cuidado da pessoa idosa. A história pessoal dos(as) enfermeiros(as), nomeadamente o contacto intergeracional com os avós, é um factor decisivo para compreender a empatia, tal como é expressa pelos(as) enfermeiros(as). Estes dados são também referidos por Costa (2002), Moniz (2003) e Clarke (2007) na construção do cuidado de enfermagem à pessoa idosa.

A descrição dos requisitos da presença verdadeira no CCE é compatível com a opinião de Godkin e Godkin (2003) sobre a presença na Enfermagem. Esta presença revela um importante investimento na dimensão social do cuidado, bem como na promoção do bem-estar das pessoas idosas. O período de internamento na unidade, bem como os problemas sociais que vivem algumas

peessoas idosas, reforçam a intervenção terapêutica da presença verdadeira no CCE. Torna, portanto, fundamental a inclusão nos CCE de certas atitudes terapêuticas, nomeadamente, proporcionar carinho, atenção, afectos, compreensão e estar presente com o outro para que se sinta acompanhado e amado. Não nos podemos esquecer que a privação do contacto social é um dos problemas com que os(as) enfermeiros(as) se deparam no desenvolvimento dos CCE. Deste modo, o envolvimento afectivo, a presença e o relacionamento surgem como estratégias adequadas para garantir uma efectiva satisfação e bem-estar entre as pessoas idosas. A este propósito, COLLIÈRE (1989, p.149) refere que “a aproximação relacional persegue um duplo objectivo: conhecer melhor a pessoa [cuidada], reconhecê-la naquilo que representa, não a considerando como um objecto incondicional do cuidado, mas como um sujeito, e ter uma acção terapêutica”. Esta afirmação é reforçada pelas características da dimensão afectiva/expressiva.

Ao referirem a dimensão afectiva/expressiva nos CCE, emerge o *Ser* na vertente do *Saber*. Esta inclui ainda a competência ético-moral, expressa pelos(as) enfermeiros(as) no respeito pelos valores humanos e na humanização dos CCE. O respeito pela pessoa (chamar o utente pelo nome, não discriminar as pessoas e aceitar as crenças religiosas) é o valor mais destacado pelos(as) enfermeiros(as), indo ao encontro dos estudos sobre o cuidado de Enfermagem à pessoa idosa de Costa (1994), Cristóvão (1998) e Almeida (1999a). No estudo de Fernandes (2007), o tratar a pessoa pelo nome, mostrar respeito pela pessoa e apreciar a pessoa como ser humano, também se destacaram nos comportamentos do cuidar dos(as) enfermeiros(as).

O respeito surge associado à privacidade e intimidade da pessoa idosa, em especial durante o cuidado que envolve uma maior exposição do corpo – a higiene. Atendendo ao respeito pela privacidade e intimidade, as UCC têm cortinas que permitem assegurar este princípio e os(as) participantes reconhecem isso. Contudo, a sua prática nem sempre reflecte esse desvelo, o que tem especial significado principalmente para as pessoas idosas, em que a nudez e a exposição do corpo, está envolta em sentimentos de vergonha e desconforto. Realço, assim, a importância de integrar a competência ético-moral no *Saber-Estar* do CCE, bem como em todas as dimensões dos CCE, uma vez que o cuidar é um compromisso de natureza moral dos(as) enfermeiros(as) (Watson, 2002).

As capacidades identificadas na dimensão afectiva/expressiva vão ao encontro do que Costa (2002) denominou de *área implicativa* do(a) enfermeiro(a) que cuida de pessoas idosas. Esta área está intimamente relacionada com a personalidade e história pessoal de cada enfermeiro(a) - o *Ser e Estar* como pessoa. Estes dados são também reforçados nas concepções de Maia e Vaghetti (2008) sobre o cuidado. Estas autoras identificam-no como uma expressão da humanidade e da sensibilidade de cada ser humano; uma possibilidade de auto desenvolvimento; uma atitude ética do viver consigo em sintonia e harmonia com os outros e com a natureza. Para além disso, a



dimensão afectiva/expressiva constrói-se com e através dos valores humanos, tal como evidencia Silva (1998), Waldow (2001), Watson (2002) e Maia e Vaghetti (2008).

A dimensão instrumental/técnica dos CCE está associada à realização de procedimentos, nomeadamente, os que envolvem a satisfação das necessidades humanas. As actividades descritas como mais frequentes nesta dimensão, nomeadamente a higiene, a administração da terapêutica e a prevenção de úlceras, foram também identificadas como dominantes no estudo de Almeida (1999a) e Clarke (2007). Esta última autora denominou estas intervenções como cuidado físico. Sendo assim, esta dimensão está envolta no que Costa (2002) considerava ser a *Acção* – o que se faz. *Fazer*, envolve o *Saber*, pelo que, os(as) enfermeiros(as) ao descreverem o que “fazem” estão conscientes das implicações que isso tem para a pessoa idosa, em especial, na prevenção do agravamento da doença e na promoção do bem-estar. O *Saber-Fazer*, tal como é referido por Silva (1998), Dias (2005) e Sousa e Carvalhais (2006) requer conhecimento, competência, destreza e qualidade, sendo que, segundo os(as) enfermeiros(as), as pessoas idosas esperam isso deles(as).

Ao descreverem o que fazem, deixam transparecer contradições entre a visão da integralidade e da visão puramente tecnicista e instrumental dos CCE. Simões (1997) e Mateus (2005) também destacam esta dicotomia entre aquilo que os(as) enfermeiros(as) acreditam que fazem (cuidado global) e aquilo que efectivamente praticam (cuidado técnico). Pensar no desenvolvimento do cuidado sem atender ao projecto e percurso de vida das pessoas, ao contexto social e familiar dos mesmos, pode levar a um cuidado que fragmenta, simplifica e reduz o que se faz. Os CCE nesta perspectiva são reducionistas, não se adequando à ideia de complexidade e à dinâmica actualmente atribuída ao cuidado de enfermagem. Contudo, são as enfermeiras que ao referirem-se às actividades que fazem, as caracterizam como um momento para *Ser e Estar* com o *Outro*. A integração da dimensão técnica e afectiva/expressiva é também referida por Almeida (1999a) e Silva (2002). A relevância da interligação entre estas dimensões no cuidado à pessoa idosa é referida por Sousa e Carvalhais (2006), uma vez que as pessoas idosas apreciam de modo positivo os comportamentos dos(as) enfermeiros(as) que garantam a execução de técnicas sem causar desconforto, num contexto de amabilidade, carinho, disponibilidade e preocupação.

Os CCE à pessoa idosa, na sua vertente técnica, são caracterizados por “gestos mais simples”, não predominando procedimentos invasivos e mais tecnicistas. Ao analisarem os CCE nesta óptica, assumem que, na unidade, o cuidado é menos diferenciado, comparativamente às unidades hospitalares, mais especializadas e com mais equipamentos e técnicas complexas. Nesta óptica, os procedimentos técnicos, a execução de prescrições ligadas à vigilância e execução de tratamentos são considerados de cariz científico e mais diferenciado, do que o cuidado que promove a satisfação das actividades de vida. Esta visão pode reforçar a representação de *downgrade* técnico, referida pela UMCCI (2007c). Apesar destes aspectos, os(as) enfermeiros(as)

reconhecem que a filosofia da Rede se centra na promoção da independência e autonomia, não estando vocacionada para um cuidado “mais diferenciado”. Ultrapassar estas concepções é crucial, pelo que, ajudar os(as) enfermeiros(as) a compreender a complexidade e o elevado nível de diferenciação que envolve a promoção da independência e autonomia da pessoa idosa, pode ser uma das estratégias.

#### 6.4. BARREIRAS E SOLUÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE ENFERMAGEM

O desenvolvimento dos CCE é influenciado por um conjunto de barreiras que dificulta a sua consecução plena. A mais premente é o número insuficiente de enfermeiros(as), atendendo ao número e às necessidades das pessoas idosas internadas na Rede. Este dado é também referido por outros estudos com pessoas idosas (Melo, 1998; Simões, 1997; Cristóvão, 1998 e Mateus, 2005). Os(as) participantes reconhecem as implicações que isso tem no cuidado, em especial a pouca disponibilidade para desenvolver um cuidado com melhor qualidade, realizar ensinamentos à pessoa idosa e à família e a comunicação com a pessoa idosa. Marziale (2001) destaca a falta de enfermeiros(as), entre outros, como um dos factores que piora a qualidade do cuidado de enfermagem. Para além disso, esta situação leva à delegação de competências, sem a respectiva supervisão. Os(as) enfermeiros(as) estão conscientes destes aspectos, pois quando se referem à escassez de profissionais de Enfermagem, sublinham o dilema entre o cuidado desejável e o real. Esta reflexão permeia quer os objectivos dos CCE, quer as dimensões do mesmo, reforçando e explicando alguns desencontros entre o discurso teórico e a prática dos CCE. Um destes desencontros, está bem visível quando o número de enfermeiros(as) não permite a adopção do método individual de trabalho, havendo um retrocesso para a adopção do método de tarefa. Deste modo, os CCE centralizados na pessoa e na família ficam comprometidos, porque o foco é a tarefa e não a pessoa. Ocorre, assim, a fragmentação da pessoa, perdendo-se a sua individualidade e, consequentemente, a integralidade dos CCE.

A UMCCI (2008) está consciente da necessidade de contratar mais enfermeiros(as), destacando esse ponto no seu relatório de desenvolvimento. A necessidade de adequar o rácio de enfermeiro(a)-doente é urgente, considerando que esta barreira está intimamente relacionada com a inoperância da parceria com a família. Ao relatarem esta inoperância, consideram-na como uma barreira no desenvolvimento dos CCE, comprometendo a preparação para a alta da unidade. A falta de envolvimento, integração e participação da família adensa o abandono e as crenças em relação à unidade. Para além disso, ao não conseguirem estabelecer a parceria com a família comprometem, quer os objectivos da Rede, quer os objectivos dos CCE.

A situação económica da unidade surge com uma barreira ao desenvolvimento dos CCE, principalmente para os(as) enfermeiros(as) a tempo completo. Os problemas económicos que a unidade atravessa geram nestes profissionais sentimentos de instabilidade a dois níveis: a indecisão em relação à manutenção do emprego e aos atrasos nos salários. O primeiro, pode dever-se ao facto dos enfermeiros(as) conhecerem a actual dificuldade que existe em conseguir um emprego. O atraso salarial dificulta o desenvolvimento de projectos pessoais dos(as) enfermeiros(as), em especial, dos que têm a unidade como única fonte de trabalho remunerado. Estas duas situações geram sentimentos de desmotivação, indo ao encontro do estudo de Batista [et al.] (2005), quando realçam que a remuneração é um factor motivador no trabalho, não sendo, no entanto, o principal. Segundo o referido estudo, existem outros factores motivadores como o gostar do que fazem e o relacionamento satisfatório com a equipa multidisciplinar, dados estes também encontrados no presente estudo. A realidade relatada pelos(as) enfermeiros(as) em relação à não remuneração e à subsequente desmotivação que daí advém, reafirma a importância de introduzir incentivos nos contratos e sistemas de pagamento, tal como evidencia a UMCCI (2007a).

Em virtude do que foi mencionado, é importante que os responsáveis pelas UCC procurem junto dos(as) enfermeiros(as) minimizar estes factores de desmotivação. Deste modo, maior estabilidade contratual e pontualidade no pagamento dos salários motivariam mais os(as) enfermeiros(as), aumentando os seus níveis de satisfação profissional, com repercussões importantes na melhor qualidade dos CCE.

Estes problemas são agravados pela falta de comunicação com as chefias de enfermagem. Esta barreira gera sentimentos de desamparo e de desprotecção entre os(as) enfermeiros(as), uma vez que não reconhecem no chefe a pessoa capaz de os poder orientar, ensinar, defender e proteger perante os seus problemas, como por exemplo, a instabilidade no emprego e os atrasos nos salários. A solução é apontada pelos(as) próprios(as) enfermeiros(as) ao considerarem que as chefias deviam adoptar uma postura de maior proximidade e atenção para com eles e em relação ao cuidado que desenvolvem. Batista [et al.] (2005, p. 90), a este respeito, mencionam a importância do envolvimento e acessibilidades das hierarquias, ressaltando que é importante que os(as) enfermeiros(as) *“se façam perceber através de um quotidiano mais revelador e com transformações, a fim de serem tratados com a sua devida importância e para que, acima de tudo, consigam conquistar o seu reconhecimento, através da competência, da luta, da politização, da organização da categoria, do posicionamento na equipa e na instituição, e da realização de um trabalho com qualidade”*. Esta afirmação reforça os sentimentos vividos pelos(as) enfermeiros(as) na unidade, em que a “marginalização” e o desconhecimento das decisões geram sentimentos de “abandono”, desconsideração e desamparo. Estimular e possibilitar a participação activa dos(as)

enfermeiros(as), atribuindo um significado real à expressão “colaboradores” é essencial para imprimir mudanças que conduzam a uma melhoria significativa nos CCE.

Ao especificarem a falta de capacitação, os(as) enfermeiros(as) destacam o cuidado gerontogeriátrico. Estando consciente que a maioria das pessoas na unidade são idosas e que a formação académica nesta área é insuficiente nas escolas de Enfermagem, o investimento na especificidade do cuidado [geronto]geriátrico é entendido como uma solução. Costa (2002), relativamente a esta especificidade, refere que é um dos princípios e convicções em que se baseia a actuação do enfermeiro(a). Vários autores alertam para que a formação dos(as) enfermeiros(as) em relação ao cuidado à pessoa idosa tem ficado aquém das mudanças demográficas, sociais e do sistema de saúde (Costa, 1994; Pinto [et al.], 1999; Diogo, 2004 e Baltar, González e Pérez, 2005). A UMCCI (2007a, 2008) está consciente desta barreira, tendo como objectivo apostar na capacitação dos profissionais que integram a Rede. Esta aposta é relevante considerando a constante necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, em especial, em gerontogeriatria (Diogo, 2004 e Baltar, González e Pérez, 2005). Para além disso, é um requisito básico no cuidado à pessoa idosa (Fragoso, 2008).

As barreiras e as soluções encontradas, neste estudo envolvem, na sua maioria, os problemas contratuais e as relações com as chefias. Deste modo, a sua resolução centra-se na esfera do controlo das chefias de Enfermagem, dos administradores da UCC e da própria UMCCI (as). Esta implicação é também referida pelo estudo de Francis-Felsen [et al.] (1996), quando identificam as condições que influenciam os(as) enfermeiros(as) a deixarem de trabalhar em unidades de cuidados continuados. Os resultados encontrados neste item são importantes indicações sobre determinados aspectos a melhorar e a implementar nas UCC, uma vez que emerge da realidade quotidiana de trabalho dos(as) enfermeiros(as) nas UCC.

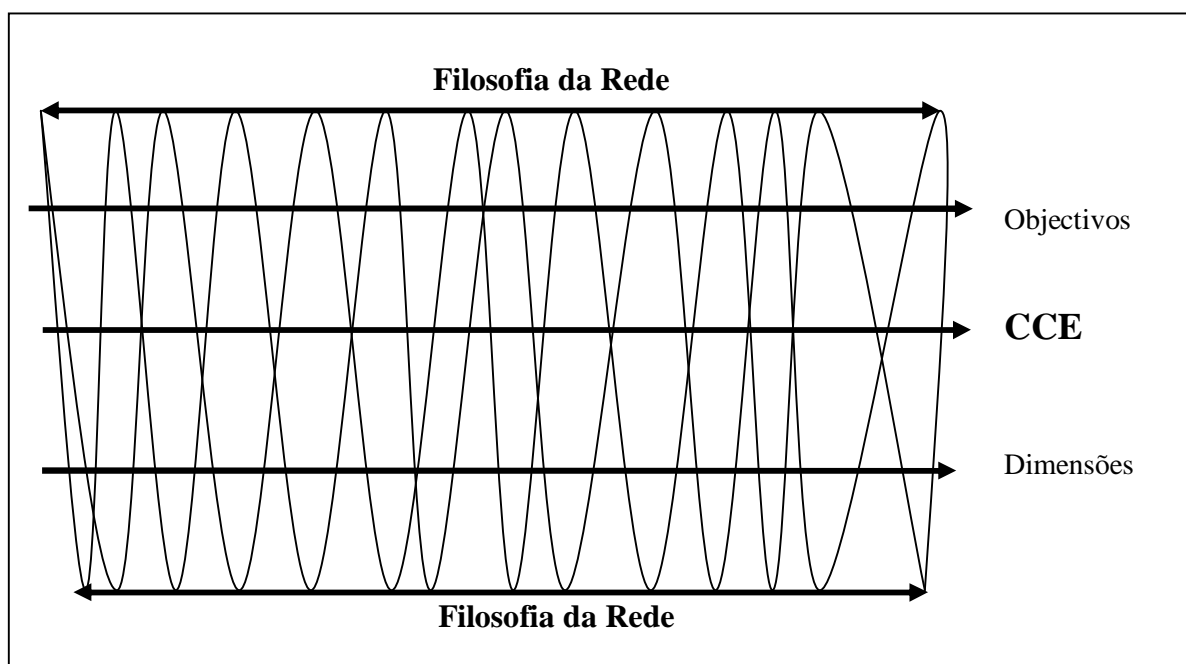
## 6.5. EM DIRECÇÃO A UMA SÍNTESE DAS BASES CONCEPTUAIS DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE ENFERMAGEM

Os resultados apresentados permitem perspectivar as bases conceptuais dos Cuidados Continuados de Enfermagem, representadas pela sua definição, pelos seus objectivos central e específicos e pressupostos. Neste sentido, os CCE são entendido como um processo contínuo, plural, complexo e dinâmico, direccionado a pessoas com limitações na independência e/ou autonomia, advindas de episódios pós-agudo de doenças e que se expressa na articulação e integração do *Saber-Saber, Saber-Ser, Saber-Estar e Saber-Fazer*, enquanto todo indivisível. Tem como *Objectivo Central* promover a independência e a autonomia das pessoas internadas em unidades de cuidados continuados integrados. São considerados como *Objectivos Específicos*: Centrar os CCE na pessoa e família/pessoa cuidadora informal; Reafirmar o potencial da pessoa;

Construir novo(s) significado(s) de vida com a pessoa; Promover com a pessoa, o cuidado de si; Desenvolver uma abordagem multidisciplinar; Valorizar e desenvolver a capacitação contínua para os CCE.

No sentido de melhor compreender e sistematizar este conhecimento, elaborei duas figuras que procuram representar os CCE às pessoas idosas na UCC. A **figura 1** ilustra os CCE através de uma espiral em movimento, no sentido de articular e interligar os objectivos geral e específicos, bem como as dimensões de cuidados. Este movimento apresenta uma forma meia caótica, em decorrência da fase ainda inicial em que se encontra a construção do conhecimento dos CCE e da própria Rede. Ambos são processos recentes que se influenciam mutuamente. Deste modo, a transição paradigmática identificada, neste estudo, não só influencia as bases conceptuais dos CCE, como as próprias concepções da Rede. Para além disso, estas bases conceptuais são condicionadas pelas barreiras na abordagem dos CCE, alterando-os e desviando-os das suas bases fundamentais. Todavia, o movimento caótico dos CCE é dinâmico e, portanto, transitório. No próprio caos, uma certa ordem está em desenvolvimento, considerando que os CCE à pessoa idosa nas UCC começam a organizar-se e a definir-se de modo a tornarem-se mais claros e explícitos.

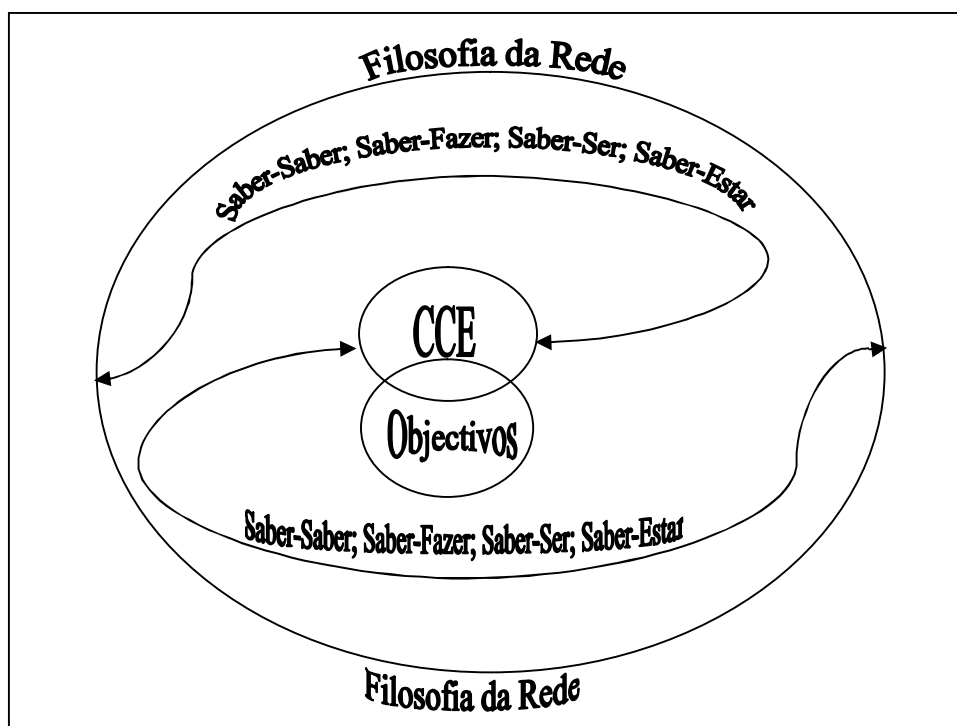
**Figura 1** – Esquema representativo dos Cuidados Continuados de Enfermagem



A **figura 2** complementa a anterior e expressa outra perspectiva do mesmo fenómeno. Representa a forma como as bases conceptuais dos CCE se organizam e se interligam. Estas bases constroem-se em interligação com a filosofia da Rede e expressam-se na própria concepção dos CCE, nos objectivos geral e específicos e nas suas dimensões integrantes. Esta construção é

influenciada pelas concepções dos(as) enfermeiros(as) sobre a filosofia da Rede, o cuidar/cuidado, a representação das pessoas idosas, assim como pelas próprias características pessoais e profissionais dos(as) enfermeiros(as). A sinergia entre os objectivos centrais da RNCCI e dos CCE é reveladora da sintonia e do entrosamento das suas bases, o que coloca os CCE numa posição central no desenvolvimento dos cuidados na UCC. Tendo presente a unicidade dos objectivos, a Enfermagem contribui para a consecução dos mesmos, através dos objectivos específicos próprios da sua disciplina profissional. Estes objectivos específicos ampliam a proposta da Rede, especificando e caracterizando a abordagem dos CCE na RNCCI. As dimensões integrantes dos CCE revelam a confluência entre *Saber-Saber*, *Saber-Ser*, *Saber-Estar* e *Saber-Fazer*, que são cruciais para o seu desenvolvimento.

**Figura 2** – Esquema representativo dos Cuidados Continuados de Enfermagem



Fruto do processo de conceptualização, desenvolvido com base neste estudo, elaborei os pressupostos gerais e específicos que norteiem os CCE. Dentre os pressupostos gerais, evidencio:

- Os CCE são uma condição *sine qua non* no cuidado às pessoas em unidades de internamento da Rede, sendo essenciais no *Cuidar* e *Reabilitar*;
- O desenvolvimento dos CCE é um processo contínuo, intrínseco à filosofia da Rede. Deste modo, as concepções sobre o contexto de trabalho – RNCCI, influenciam e transformam o cuidado de enfermagem à pessoa idosa nas UCC;

- Os CCE focalizam a sua abordagem no período pós-agudo da doença, com enfoque no *Cuidar e Reabilitar*, constituindo-se uma oportunidade para desenvolver autonomamente o cuidado;
- Os CCE desenvolvem-se em uma abordagem *multi/interdisciplinar*, contribuindo para a integralidade do cuidado à pessoa e família;
- Os CCE desenvolvem-se numa relação de parceria interactiva e interpessoal entre quem cuida (enfermeiros-as) e quem é cuidado (pessoa idosa e família), com vista à identificação, mobilização e desenvolvimento de todos os recursos inerentes ao Ser Humano para cuidar;
- Os CCE alicerçam-se nos valores humanos, no respeito pela unicidade, dignidade, autonomia e independência de cada Ser Humano;
- Os CCE devem ser promotores da saúde das pessoas e suas famílias.
- Os CCE implicam uma abordagem de menor diferenciação e complexidade tecnológica, mas de maior diferenciação e complexidade do *Ser-cuidador*, através do fortalecimento do *Eu-cuidador* como forma efectiva e afectiva de cuidar integralmente a pessoa e família.

Pressupostos específicos:

- A intervenção dos(as) enfermeiros(as) considera a integralidade da pessoa (dimensões físicas, psicológicas e sociais);
- É da responsabilidade dos(as) enfermeiros(as) promover a independência e autonomia das pessoas internadas nas UCC, bem como, auxiliar a família na descoberta do seu potencial para cuidar e reabilitar;
- O regime de trabalho (tempo completo ou parcial) é determinante na abordagem, na vivência e na significação dos CCE;
- A relação de parceria com a família é a base para a sua capacitação e ensinamento para a continuidade do cuidado no domicílio;
- A percepção dos(as) enfermeiros(as) sobre grau de dependência influencia o envolvimento, a qualidade e a quantidade dos CCE às pessoas idosas;
- Os(as) enfermeiros(as) acreditam na pessoa não apenas como ela é actualmente, mas como pode vir a ser. No desenvolvimento dos CCE, os(as) enfermeiros(as) acreditam que cada pessoa é dotada de potencial para se reabilitar, recuperar e readaptar;

- A organização dos CCE tem por base a individualidade de cada Ser Humano, orientando-se pelo método individual de trabalho e pelo planeamento individualizado do cuidado;
- Os(as) enfermeiros(as) criam e desenvolvem formas de se tornar competentes para cuidar as pessoas. Estas formas emergem da aprendizagem com a experiência transformadora da prática e da interacção do(a) enfermeiro(a) com as pessoas de quem cuida e entre iguais;
- O domínio da competência e dos conhecimentos requer capacitação para os CCE;
- A comunicação, a relação empática, a afectividade e a presença verdadeira representam uma fonte de conhecimento da pessoa cuidada. Estes aspectos permitem aos(às) enfermeiros(as) estabelecer uma relação pessoa-a-pessoa e conhecer o *Outro*. O propósito dos CCE é atingido através destas capacidades;
- O desenvolvimento dos CCE à pessoa transforma os(as) enfermeiros(as) intra e interpessoalmente;
- Os CCE são um processo que se dá num tempo mais prolongado, propiciador da interacção verdadeira, transcendendo o conhecimento superficial, imergindo na ideia do conhecimento genuíno do *Outro*;
- Os CCE requerem um espaço físico pensado, construído e organizado como dinamizador e potenciador da independência das pessoas cuidadas;
- Os avanços e retrocessos dos CCE são condicionados por processos administrativos; pela competência de administradores e chefias na gestão de unidades de cuidado; pelo trabalho *inter/multidisciplinar*; pela integração da família no cuidar; pelos recursos humanos, em número e competência; pelos recursos materiais e físicos e; pela satisfação dos(as) profissionais de enfermagem.

As bases conceptuais dos CCE são reveladoras da importância da Enfermagem no desenvolvimento e sucesso da RNCCI. Contudo, estas bases estão em fase inicial de construção e não esgotam a riqueza e a complexidade dos CCE. Deste modo, são necessários estudos adicionais de diferentes contextos e sob diferentes contextos e diversificadas perspectivas, no sentido de avançar e de aprimorar o conhecimento aqui produzido.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve objectivo geral caminhar em direcção à conceptualização dos Cuidados Continuados de Enfermagem. Teve por base um novo contexto para o cuidado de enfermagem a RNCCI e como foco a pessoa idosa. As concepções de enfermeiros(as) sobre os CCI evidenciam que estes conhecem a definição de cuidados continuados integrados, bem como alguns dos seus objectivos. No entanto, estas concepções não abrangem toda a filosofia proposta, o que pode ser decorrente da influência do modelo hospitalar, da recente criação da Rede e da consequente falta de consolidação da suas bases. Neste sentido, é evidente a fase de transição paradigmática, entre o modelo curativo e a abordagem da Rede – *Cuidar e Reabilitar*, presente nas concepções dos(as) enfermeiros(as) que participaram neste estudo. Esta transição reforça a importância de consolidar a filosofia da Rede entre os(as) enfermeiros(as). Para além disso, esta transição revela que, apesar dos esforços das Escolas de Enfermagem em inovar as suas abordagens de cuidado, há fortes indícios de que o modelo curativo e hospitalar ainda esteja a nortear a formação dos profissionais de enfermagem. Deste modo, sublinho a importância de incluir os Cuidados Continuados Integrados como saber curricular nos Cursos de Licenciatura de Enfermagem e o desenvolvimento de competência para os CCE. A inclusão das UCC como locais de ensino clínico é fundamental para a consolidação da filosofia da Rede e dos CCE.

A promoção da independência e autonomia das pessoas idosas é considerada como um objectivo central dos CCE. Para a sua consecução, os(as) enfermeiros(as) identificam a interdependência dos objectivos específicos, que compreendem: centrar os CCE na pessoa e na família; reafirmar o potencial da pessoa idosa; construir um novo sentido para a vida; promover o cuidado de si; desenvolver uma abordagem multidisciplinar; progredindo para a interdisciplinaridade e investir na capacitação dos(as) profissionais.

Relativamente às dimensões dos CCE, evidencio a dimensão cognitiva – o *saber-saber*, a dimensão afectiva/expressiva – o *Saber-Ser e Estar*, e a dimensão instrumental/técnica – o *Saber-Fazer*. Saliento o método individual de trabalho na organização e planeamento do cuidado e as diferentes formas de aprendizagem - através da pessoa idosa, da experiência e da partilha de saberes entre os(as) enfermeiros(as) - como significativas no *Saber-Saber*. Deste modo, atender a estes processos de aprendizagem é determinante para melhorar os CCE, pelo que na dotação de profissionais de enfermagem e na implementação das diferentes tipologias de internamento da Rede, devem ser criadas condições para a capacitação em Enfermagem Geronto-geriátrica.

O ser-estar-com-o-outro é expresso através da relação dialógica entre a comunicação, a presença verdadeira, a empatia, o relacionamento e envolvimento afectivo e o respeito que se estabelece entre os(as) participantes e as pessoas idosas. A dimensão afectiva/expressiva constrói-

se com e através dos valores humanos, reflectindo-se e interligando-se com o *Saber-Fazer*, em especial, para as enfermeiras deste estudo. O *Saber-Fazer* é caracterizado pela execução com precisão e conhecimento de técnicas. Todavia, é nesta dimensão que mais se salientam as dicotomias entre o cuidado integral e os procedimentos técnicos. A concepção dos CCE, nesta dimensão, emerge como sendo “menos diferenciado”, com menor número de equipamentos e procedimentos complexos, quando comparado com o contexto hospitalar.

As barreiras e as soluções apresentadas neste estudo, podem ser recomendações importante a considerar por todos os intervenientes na administração e organização da Rede. Isto porque a melhoria da efectividade dos CCE nesta unidade está intimamente relacionada com a superação das barreiras e a implementação das soluções identificadas pelos(as) enfermeiros(as). Esta melhoria passa pelos(as) enfermeiros(as) chefes, administradores da UCC e da própria UMCCI considerarem e repensarem a dotação de recursos humanos capacitados e de recursos materiais necessários na UCC; pela aposta na capacitação profissional e; criação de condições que possibilitem a efectivação da parceria com a família. Outros aspectos urge resolver, como a instável empregabilidade na Rede; os atrasos na remunerações dos(as) enfermeiros(as); a comunicação ineficaz entre os(as) diferentes profissionais e; a falta de interacção entre enfermeiros(as) e chefias de enfermagem.

Com base nos resultados encontrados em relação aos CCE às pessoas idosas, caminhei em direcção à conceptualização de algumas bases fundamentais para os CCE nas UCC, as quais incluem a sua definição, objectivos central e específicos e pressupostos gerais e específicos. Esta abstracção foi possível dada a importante contribuição dos(as) enfermeiros(as) participantes deste estudo e a riqueza de conteúdo expressa nas entrevistas. Dada as limitações deste estudo e as lacunas existentes na área, as bases conceptuais aqui apresentadas estão num processo inicial e requerem novos estudos para avançá-las e aprimorá-las.

Relativamente às limitações deste estudo considero, em primeiro lugar, que a dimensão do estudo inviabiliza a generalização dos resultados. Em segundo lugar, destaco a ausência de outra técnica de recolha de dados, nomeadamente a da observação participante, o que possibilitaria o “confronto” e o aprofundamento entre o que é relatado nas entrevistas e a observação dos CCE. Seria essencial considerar esta técnica em futuros estudos. Em terceiro lugar, o estudo abrangeu somente uma unidade de internamento de convalescença e média duração, pelo que seria importante o desenvolvimento de estudos em unidades de longa duração para melhor compreender os CCE. Em quarto lugar, este estudo não esgota toda a riqueza e dimensão dos CCE. Deste modo, é crucial desenvolverem-se outros estudos em diferentes unidades de modo a ampliar a visão dos resultados aqui encontrados. Seria também relevante considerar a perspectiva de profissionais de outras áreas e das pessoas idosas e dos seus familiares em relação à Rede e aos CCE, uma vez que o cuidado é um processo co-participativo. Como o foco deste estudo foi direccionado às pessoas

idosas, seria importante ampliá-lo ainda a outras pessoas admitidas nas UCC. Por último, destaco a relevância de compreender e de conhecer as características pessoais e profissionais dos(as) enfermeiros(as) e como estas interagem e influenciam os CCE.

Com este estudo espero contribuir para melhorar a qualidade dos CCE nas UCC e, em simultâneo, estimular novos estudos capazes de aprofundar as bases conceptuais aqui desenvolvidas. Os CCE constituem uma abordagem inovadora de expressão profissional que merece redobrada atenção e contínuo investimento de modo a que UCC sejam um novo contexto profissional para os(as) enfermeiros(as). A empregabilidade dos(as) enfermeiros(as), nestas unidades é, pois, uma realidade que se tende a ampliar num futuro recente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLIGOOD, M. R.; TOMEY, A. M. – **Introdução à teoria de Enfermagem: História, terminologia e análise.** In: ALLIGOOD, M. R.; TOMEY, A. M. (Coord.) – *Teóricas de Enfermagem e a sua obra.* Lisboa: Lusociência, 5ª Ed., 2002. p. 3-14.
- ALMEIDA, M. L. F. – **Cuidar idosos: revelações da prática de Enfermagem.** In: COSTA, M. A.M. [et al.] – *O idoso: problemas e realidades.* Coimbra: Formasau, 1999a. p. 63-92.
- ALMEIDA, M. L. F. - **Crenças dos enfermeiros acerca do envelhecimento humano.** *Referencia.* Nº 3 (1999b), p.7-14.
- AMARO, H. J. F.; JESUS, S. N. – **Comportamentos comunicacionais assertivos e Burnout nos profissionais de Enfermagem.** *Revista Nursing.* Nº 221 (2007), p. 7-14.
- APPLGATE, W. B. – **A randomized controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital.** *New England J. Med.* Nº 322 (1990), p. 1572-1578.
- AUGUSTO, B. M. J. [et al.] – **Cuidados continuados: família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar.** Coimbra: Formasau, 2002.
- BALTAR, A. L.; GONZÁLEZ, M. M.; PÉREZ, G. R. – **Habilidades y conocimientos necesarios para trabajar con personas mayores** [Em linha]. (2005). [Consult. a 2 Maio 2007]. Disponível em URL: <http://www.imsersomayores.csis.es/documentos/losadahanilidades-01.pdf>.
- BATISTA, A. A. V. [et al.] – **Factores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 39:1 (2005), p. 85-91.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. K. M. - **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos.** Porto: Porto Editora, 1994.
- CABETE, D. G. – **Cuidados continuados e continuidade de cuidados.** In: COSTA, M. A.M. [et al.] – *O idoso: problemas e realidades.* Coimbra: Formasau, 1999. p. 94-114.
- CAMACHO, A. C. L. F. - **A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a Enfermagem.** *Revista Latino-americana de Enfermagem.* 10:2 (2002), p. 229-233.
- CAMPOS, A. C. – **Reformas da Saúde: o fio condutor.** Coimbra: Almedina, 2008.
- CARTA DE OTTAWA. – **Primeira conferência Internacional sobre promoção da saúde.** [Em linha]. (1986). [Consult. a 18 Junho 2007]. Disponível em URL: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

- CLARKE, J. A. – **The professional development of nursing through different aspects of the caring practices of nurses: nursing the patient person in a geriatric assessment unit.** *Scand J Caring Science*. 21:3 (2007), p. 362-370.
- COLLIÉRE, M. F. – **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- COSTA, M. A. – **Os idosos nos caminhos e descaminhos da formação dos enfermeiros.** *Geriatrica*. 7:66 (1994), p. 17-19.
- COSTA, M. A. – **Cuidar Idosos: Formação, práticas e competências dos enfermeiros.** Coimbra: Formasau, 2002.
- COSTA, M. A. - **Cuidados de Enfermagem ao Idoso: percursos de formação e de investigação.** In: PÁUL, C.; FONSECA, A. M. – *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. p. 255-278.
- CRISTOVÃO, M. – **Percepção do enfermeiro no cuidado ao idoso.** Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada à Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Ciências Humanas, 1999.
- DECRETO-LEI nº 281/03. **D.R. I Série B.** 259 (08-11-03) 7492-7499.
- DECRETO-LEI nº 101/06, **D.R. I Série A.** 109 (06-06-06) 3856-3865.
- DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. – **Introdução: a disciplina e a prática qualitativa.** In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. – *O planeamento da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.
- DESPACHO-CONJUNTO nº 407/98. **D.R. II Série.** 138 (18-06-98) 8328-8332.
- DIAS, M. F. P. B. - **Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com grau de licenciado.** Loures: Lusociência, 2005.
- DIOGO, M. J. D. – **Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso.** *Revista Latino-americana em Enfermagem*. 12:2 (2004), p.280-282.
- FERNANDES, I. M. R. - **Factores influenciadores da percepção dos comportamentos do cuidar dos enfermeiros.** Coimbra: Formasau, 2007.
- FRANCIS-FELSEN, L. C. [et al.] – **Factors influencing intentions of nursing to leave employment in long-term care settings.** *The Journal of applied Gerontology*. 15:4 (1996), p. 450-470.

- FRAGOSO, V. – *Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. Revista IGT na Rede.* 5:8 (2008), p. 51-61.
- GARASEN, H.; WINDSPOLL, R.; JOHNSEN, R. – **Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial.** *BMC Public Health.* 7:68 (2007), p.251-230.
- GODKIN, J.; GODKIN, L. – **Caring Behaviors among Nurses: Fostering a consersation of gestures.** *Heath care management review.* 29:3 (2003), p 258-267.
- GOMES, R. – **A análise de dados em pesquisa qualitativa.** In: DESLANDES, S. F.; NETO, O. L.; GOMES, R; MINAYO, M. C. S. (Org). – *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade.* 23.<sup>a</sup> Ed. Petrópolis: Editora vozes, 1998. p. 67-79.
- GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, Â. M. – **O cuidado na Enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática.** In: FREITAS, E. V. [et al.] – *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 754-761.
- GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, Â. M. – **A enfermagem gerontogeriatrica: perspectiva e desafios.** *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano.* Nº 1 (2004), p. 57-68.
- HESBEEN, W. – **Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar.** Loures: Lusociência, 2000.
- HONORÉ, B. – **Cuidar: persistir em conjunto na existência.** Loures: Lusociência, 2004.
- JACOB-FILHO, W.; SITTA, M. C. – **A interprofissionalidade.** In: PAPALÉO NETTO, M. [et al.] (Org.) – *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.* São Paulo: Atheneu, 1996. p 440-450.
- KETELE, J. M.; ROEGIRS, X. - **Metodologia da recolha de dados: fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos.** Lisboa: Instituto Piaget, 1999.
- LEININGER, M. – **Caring: an essential human need.** Detroit: University press, 1988.
- LEININGER, M. – **Transcultural nursing concepts, theories, research e practices.** 2.<sup>a</sup> Ed. New York: McGraw-Hill, 1995.
- LEININGER, M. – **Critérios de avaliação e de crítica de estudos de investigação qualitativa.** In: MORSE, J. M. (Org) – *Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa.* Coimbra: Formasau, 2007. p. 100-121.

- MAIA, A. R.; VAGHETTI, H. H. – **O Cuidado Humano Revelado como Acontecimento Histórico e Filosófico.** In: SOUSA, F. G. M.; KOERICH, M. S. – *Cuidar/Cuidando: Reflexões contemporâneas.* Florianópolis: Papa-Livro editora, 2008. p. 15-33.
- MATEUS, D. M. – **Sentimentos que os enfermeiros vivenciam ao cuidar do doente idoso em contexto de internamento.** *Revista Sinais Vitais.* Nº 61 (2005), p. 26-31.
- MARZIALE, M. H. P. – **Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho com responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem.** *Revista Latino-americana.* 9:3 (2001), p. 1.
- MATTHEWS, D. A. - **DR. MARJORY W. and the origin of British geriatrics.** *J Am Geriatric Society.* 32:4 (1984), p. 253-258.
- MELO, A. C. M. R. F. – **A competência do enfermeiro no cuidar do idoso: opinião dos idosos e dos enfermeiros.** *Revista Servir.* 46:5 (1998), p.242-247.
- MILLER, E. A.; WEISSERT, W.G. – **Predicting elderly people's risk for nursing home placement, hospitalization, functional impairment and mortality: a synthesis.** *Medical Care Research Review.* 57:3 (2000), p. 259-297.
- MINAYO, M. C. S. - **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa.** 10 Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MONIZ, J. M. N. - **A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa.** Lisboa: Lusociência, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Active ageing: a policy framework.** [Em linha]. (2002). [Consult. a 18 Junho 2007]. Disponível em URL: <http://www.euro.who.int/document/hea/eactagepolframe.pdf>
- PAÚL, C. [et al.] - **Psychosocial profile of rural and urban elders in Portugal.** *European Psychologist.* 8:3 (2003), p. 160-167.
- PINTO, S. [et al.] – **Gerontologia: Formação em Enfermagem.** *Geriatrics.* 112:12 (1999), p. 23-28.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde. **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.** Lisboa: DGS, 2006.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde. **Plano Nacional de saúde 2004-2010.** [Em linha]. (2004) [Consult. 20 Maio 2007]. Disponível em URL: [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2\\_334.html](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_334.html)

- RELATÓRIO FINAL DA FASE I DE DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ACTUAL [Em linha]. (2005) [Consult. 16 Abril 2007]. Disponível em URL: [http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/125979C2-5F77-45EC-8AD0-83698D31F07B/0/Diagnostico\\_Rede\\_Cuidados\\_Cont\\_Integrados\\_Saude.pdf](http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/125979C2-5F77-45EC-8AD0-83698D31F07B/0/Diagnostico_Rede_Cuidados_Cont_Integrados_Saude.pdf)
- RESOLUÇÃO DOS CONSELHOS DE MINISTROS nº 84/05. **D.R. I Série-B.** 89 (27-03-05) 3200-3201.
- RICHARDSON, R. S. [et al.] - **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3.<sup>a</sup> Ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- RUBENSTEIN, L. Z. [et al.] – **Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomised clinical trial.** *New England J. Med.* 311 (1984), p. 1664-1670.
- SANTOS, J. M. - **O. Parceiros nos cuidados: uma metodologia de trabalho centrada no doente**. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2002.
- SILVA, A. – **Percepção dos idosos face aos cuidados de Enfermagem**. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada à Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Ciências Humanas, 1996.
- SILVA, A. L. da – **O cuidado como momento de encontro e troca.** *Actas do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem*. Associação Brasileira de Enfermagem (1998), p.74-79.
- SILVA, A. L. da - **O Cuidado no Encontro de quem Cuida e de quem é Cuidado.** *Paradigmas y Diseños de Investigación Cualitativa en Salud: Una Antología Iberoamericana* ed. Guadalajara: Universidad de Guadalajara (2002), p. 82-102.
- SILVA, A. L.da – **O cuidado transdimensional: um novo paradigma para a Saúde**. São Paulo: Yendis, 2007.
- SILVEIRA, T. M. – **Interdisciplinaridade em gerontologia**. - In: VERAS, R.; LOURENÇO, R., (Ed.) – *Formação humana em geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: UnATI, 2006. p. 22-25.
- SIMÕES, M. – **Cuidados ao idoso: a realidade da prática**. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada à Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Ciências Humanas, 1997.
- SIMÕES, J. A.; BARROS, P. – **Retrato do sistema de saúde**. European Observatory, 2007.
- SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D. – **Dependence and independence among old persons – realities and myths.** *Clinical Gerontology*. Nº 12 (2002), p. 269-273.



- SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. - **Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice**. 2ª Ed. Porto: Âmbar, 2006.
- SOUSA, L; CARVALHAIS, M.– **Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar**. Dissertação de Mestrado em Geriatria e Gerontologia apresentada à Universidade de Aveiro – Secção de Ciências da Saúde, 2006.
- TARMER, N L.; PETRIZ, G. - **A qualidade de vida dos idosos**. – In: OSÓRIO, A.; PINTO, F. C. (Coord.) - *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget, 2006. p. 131-180.
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE CONTINUADOS INTEGRADOS – **Relatório de monitorização da implementação das experiências piloto da Rede de Cuidados Continuados Integrados**. [Em linha]. (2007a). [Consult. 5 Junho 2007]. Disponível em URL: <http://www.rncci.min-saude.pt/NR/rdonlyres/C8C2B7AB-D533-49E7-AFF2-8ABBB08EAE8D/13089/RESUMOMonitorizacaoRNCCISITE0508.pdf>
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE CONTINUADOS INTEGRADOS – **Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados**. [Em linha]. (2007b). [Consult. 5 Junho 2007a]. Disponível em URL: [http://www.rncci.min-saude.pt/NR/rdonlyres/EBCF8B84-45CF-44EF-8C24-8DB9384D7A0A/7696/UMCCI\\_Orientacoes\\_20Março20073.pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/NR/rdonlyres/EBCF8B84-45CF-44EF-8C24-8DB9384D7A0A/7696/UMCCI_Orientacoes_20Março20073.pdf)
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE CONTINUADOS INTEGRADOS – **Desafios estratégicos para o desenvolvimento de unidades da RNCCI nos Hospitais do SNS**. [Em linha]. (2007c). [Consult. 5 Junho 2007]. Disponível em URL: [http://www.rncci.min-saude.pt/NR/rdonlyres/C8C2B7AB-D533-49E7-AFF2-8ABBB08EAE8D/13089/DESAFIOSEstrategicos\\_26Março0508.pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/NR/rdonlyres/C8C2B7AB-D533-49E7-AFF2-8ABBB08EAE8D/13089/DESAFIOSEstrategicos_26Março0508.pdf)
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE CONTINUADOS INTEGRADOS – **Relatório de monitorização do desenvolvimento da Rede de Cuidados Continuados Integrados**. [Em linha]. (2008). [Consult. 30 Setembro 2008]. Disponível em URL: <http://www.rncci.min-saude.pt/NR/rdonlyres/C8C2B7AB-D533-49E7-AFF2-8ABBB08EAE8D/13089/RESUMOMonitorizacaoRNCCISITE0508.pdf>
- WALDOW, V. R. – **O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar**. *Revista de Enfermagem UERJ*. 9:3 (2001), p. 284-293.
- WATSON, J. – **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de Enfermagem**. Lisboa: Lusociência, 2002.

- ZANGARO, G. A., SOEKEN, K. L. – **A meta-analysis of studies on nurse`s Job satisfaction.** *Research in nursing & Health*. N° 30 (2007), p. 445-458.

## APÊNDICES

## APÊNDICE I

Tipologias de internamento na Rede de Cuidados Continuados Integrados

Prestação de Cuidados	Tipo de serviços	Definição	Serviços
<b>Unidades de internamento</b>	<b>Unidades de convalescença</b> – unidade independente integrada num hospital de agudos ou noutra instituição. Presta tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva e para cuidados clínicos de reabilitação. Destina-se a internamentos previsíveis até 30 dias.	Doentes dependentes por perda transitória de autonomia: Exemplos: Pós-operatório, Doença crónica com descompensação.	Cuidados médicos e de enfermagem permanente; exames complementares de diagnóstico, laboratórios e radiológicos, prescrição e administração de fármacos, cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial, higiene, conforto, alimentação e convívio e lazer.
	<b>Unidades de média duração reabilitação</b> – tem um espaço físico próprio, articulado com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio social. Internamento com previsibilidade superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos.	Doentes com uma doença de base aguda ou crónica, que se encontram em fase de recuperação: necessitam continuação de um tratamento ou supervisão clínica continuada, Exemplos: AVC, Fracturas de fémur.	Cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanente, prescrição e administração de fármacos, cuidados de fisioterapia e terapia ocupacional, apoio psicossocial, higiene, conforto, alimentação e convívio e lazer.
	<b>Unidades de longa duração e manutenção</b> - tem carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção. O período de internamento é superior a 90 dias.	Pessoas com doenças ou processos crónicos que apresentam diferentes níveis de dependência e diversos graus de complexidade clínica e que não podem ser atendidas no domicílio por falta de apoio social, dificuldades de apoio familiar ou descanso familiar.	Actividades de manutenção e de estimulação, cuidados de enfermagem diários, cuidados médicos, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, controlo fisiátrico periódico, cuidados de fisioterapia

		Exemplos: Pessoas com Alzheimer,	e terapia ocupacional. Animação sócio-cultural, higiene, conforto e alimentação, apoio no desempenho das Actividades de Vida Diárias (AVD) e Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).
	<b>Unidades de cuidados paliativos</b> – tem um espaço próprio, preferencialmente localizado no hospital para acompanhamento, tratamento e Supervisão clínica.	Doentes em situação clínica complexa de sofrimento, decorrente de doenças severas e/ou avançadas, incuráveis e progressivas. Exemplo: doentes terminais	Cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanente, exames complementares de diagnóstico, laboratórios e radiológicos prescrição e administração de fármacos, cuidados de fisioterapia, consulta, avaliação e acompanhamento de doentes internados ou em outros serviços e unidades, actividades de manutenção apoio psicosocial, higiene, conforto, alimentação e convívio e lazer.

## APÊNDICE II

Guião da entrevista ao(à) Enfermeiro(a)

## GUIÃO DA ENTREVISTA AO(À) ENFERMEIRO(A)

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### **I- Caracterização da(o) Enfermeiro(a)**

1. Nome: .....
2. Local de residência: .....
3. Sexo: Feminino (    )                      Masculino (    )
4. Idade: .....anos.
5. Nacionalidade: ..... Naturalidade: .....(concelho)
6. Religião: .....
7. Estado Civil:  
(.....) Solteiro (.....) casado (.....) união de facto (.....) viúvo (.....) divorciado
8. Número de filhos e idade: .....
9. Curso  
Período: .....  
Instituição:.....  
Local:.....
10. Outros Cursos: (especificar o tipo, o local, tempo de duração e ano de conclusão)  
.....  
.....  
.....
- 11- Habilitação Académica:.....
- 12- Categoria profissional:.....
- 13- Instituição onde trabalha:.....
- 13a. Serviço onde trabalha.....
- 13b.Cargo / função que exerce: .....
- 13c.Tempo de serviço no cargo / função:.....
- 13d. Horário de trabalho: .....
14. Trabalha em mais de uma instituição? Qual?  
.....  
.....
- 14a. Cargo / função que exerce .....
- 14b.Tempo de serviço: .....
- 14d. Horário de trabalho: .....



## II – Questão

1. Qual é a sua experiência no cuidado à pessoa idosa, nesta Unidade? Dê exemplos.
2. Como acha que a pessoa idosa gostaria de ser cuidada por si?
3. Como descreveria o cuidado que desenvolve com a pessoa idosa? Dê exemplos.
4. Como você considera o seu cuidado de enfermagem à pessoa idosa? Dê exemplos.
5. Quais os pontos fortes (aspectos positivos) do cuidado que desenvolvido por si à pessoa idosa? Dê exemplos.
6. Quais os pontos fracos (aspectos negativos) do cuidado desenvolvido por si à pessoa idosa? Dê exemplos.
7. Quais as barreiras que encontra para desenvolver um cuidado eficaz à pessoa idosa? Dê exemplos.
8. O que pensa que poderia ser feito para melhorar a efectividade do seu cuidado à pessoa idosa? Dê exemplos.

### APÊNDICE III

Termo de Consentimento livre e esclarecido

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, João Paulo de Almeida Tavares, Enfermeiro nos Hospitais da Universidade de Coimbra (na Equipa Diferenciada de Cuidados de Enfermagem), aluno do Curso de Mestrado em Gerontologia, na Secção Autónoma de Ciências da Saúde, na Universidade de Aveiro, venho requerer, respeitosamente, a sua participação num estudo que pretende conhecer quais são as experiências dos enfermeiros (as), que trabalham em unidades de internamento da rede de cuidados continuados integrados, no cuidado às pessoas idosas internadas. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo que vai procurar analisar as experiências dos (as) enfermeiros (as) no cuidado a pessoas idosas na unidade de cuidados continuados integrados. Será desenvolvido sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Alcione Leite da Silva.

A decisão de estudar os cuidados continuados integrados surge da minha vivência como profissional de saúde ao acompanhar o surgimento desta rede de cuidados, como também de cuidar de pessoas que foram transferidas do hospital para as unidades de internamento. A participação neste processo e os objectivos que a Rede propõem para aumentar a funcionalidade e qualidade de vida despertaram o meu interesse para a importância do cuidado de enfermagem desenvolvido nestas unidades de internamento e para o seu impacto na qualidade de vida, na autonomia, na independência e na funcionalidade das pessoas idosas internadas. Para além disso, a rede de cuidados continuados integrados constitui-se como um ponto intermédio entre os cuidados agudos e os cuidados comunitários, tendo como base um modelo de reabilitação, reinserção e readaptação.

A sua participação é fundamental para a concretização deste estudo e consistirá em responder algumas questões relativas ao tema. Esta participação é voluntária e a sua recusa não terá qualquer tipo de consequência. Todas as informações obtidas possuirão um cariz confidencial e o seu anonimato será resguardado. Almejo divulgar este estudo, nomeadamente em revista científica, a qual o inquirido poderá ter acesso ou através do seu pedido pessoal ao investigador.

Espero com este estudo puder contribuir para melhorar a qualidade do cuidado de enfermagem às pessoas idosas que estão nestas unidades, a partir da perspectiva de enfermeiros que nelas actuam.

Desde já, me disponibilizo para esclarecer qualquer dúvida que possa ter em relação a este estudo. Caso necessite de futuros esclarecimentos, pode contactar-me através do telemóvel 913579780 ou e-mail [enf.joaotavares@hotmail.com](mailto:enf.joaotavares@hotmail.com).

Se concordar em participar neste estudo, por favor assine no espaço abaixo, e obrigado por aceitar dar a sua importante contribuição.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui informado acerca de todas as condições inerentes ao estudo a efectuar e aceito nele participar de forma voluntária.

Assinatura, \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

#### APÊNDICE IV

##### Caracterização dos(as) participantes

### Caracterização dos(as) participantes do estudo

Nome	Sexo	Idade	Hab. Acadêmicas	Categoria Profissional	Regime horário semanal (Horas)	Tempo total de serviço (meses)	Tempo de serviço na unidade (meses)
EnfM1	Masculino	27	Licenciatura	Enf. Nível I	35	54	24
EnfM2	Masculino	30	Licenciatura	Enf. Nível I	35	54	18
EnfM3*	Masculino	23	Licenciatura	Enf. Nível I	40	12	12
EnfM4*	Masculino	25	Licenciatura	Enf. Nível I	40	14	14
EnfM5*	Masculino	24	Licenciatura	Enf. Nível I/chefe de equipa	40	8	8
EnfM6	Masculino	24	Licenciatura	Enf. Nível I	35	16	10
EnfF1*	Feminino	28	Licenciatura	Enf. Nível I/ Chefe de equipa	40	20	20
EnfF2	Feminino	41	Licenciatura	Enf. graduada	35	204	24
EnfF3*	Feminino	24	Licenciatura	Enf. Nível I	40	9	9
EnfF4	Feminino	27	Mestre	Enf. Nível I	35	72	24
EnfF5	Feminino	26	Licenciatura	Enf. Nível I	35	53	24
EnfF6	Feminino	49	Licenciatura	Enf. graduada	35	288	8
EnfF7*	Feminino	26	Licenciatura	Enf. Nível I	40	7	7

\* Enfermeiros(as) a tempo completo na unidade.